

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 193

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES THROMBO-PHLÉBITES
DITES SPONTANÉES OU PAR EFFORT

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

MENTION « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Janvier 1929

PAR

Pedro-Humberto CANÉPA

Né à LIMA (Pérou), le 14 Avril 1903

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur	<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 193

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES THROMBO-PHLÉBITES
DITES SPONTANÉES OU PAR EFFORT

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
MENTION « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Janvier 1929

PAR

Pedro-Humberto CANÉPA

Né à LIMA (Pérou), le 14 Avril 1903

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur.....	<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants ...	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale ...	DENIGÈS.
Anatomie	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies entanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÈ.	Clinique des maladies des voies urinaires ...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ..	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie).

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie	LACOSTE.		PAPIN.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale	JEANNENEY
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.		CHARRIER.
			LOUBAT.
	GREYX.	Obstétrique.....	PÉRY.
	N.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie...	JOULIA.
	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.



COURS COMPLEMENTAIRES

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

*Je dédie ce modeste travail à la mémoire de mon
père bien-aimé, de la tendresse duquel j'ai été privé,
au moment où j'atteignais la fin de mes études. Puisse
l'exemple de sa vie de travail et de devoir me servir
de modèle dans la carrière qui s'ouvre devant moi.*

A MA MÈRE CHÉRIE

*En remerciement de son incessante
bonté et en témoignage de mon affection
reconnaissante.*

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

LES DOCTEURS ZOLEZZI, WERNER, GUERRA, YUEN
ET A LEURS RESPECTABLES FAMILLES

A MES CAMARADES LES ÉTUDIANTS PÉRUVIENS

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ DE L'AMITIÉ

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CROIX DE GUERRE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté de Médecine de Bordeaux et avant d'aborder notre sujet de thèse, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre gratitude et nos remerciements les plus sincères aux Maîtres dévoués qui nous ont instruit de leurs conseils et de leur expérience.

Notre reconnaissance va particulièrement à MM. les Professeurs Micheleau, Cassaët, Verger, Chavannaz, Bégouin, Duvergey, Rocher et Papin chez lesquels nous avons fait des stages hospitaliers qui nous ont permis d'acquérir les connaissances qui guideront nos premiers pas de praticien.

Nous remercions sincèrement M. le Professeur Sabrazès pour l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé lorsque nous sommes allé lui demander des renseignements d'anatomie-pathologique pour ce travail.

Nous profitons de cette occasion pour présenter le témoignage de notre profonde gratitude à M. le Doyen Sigalas pour son inépuisable bonté.

A notre Maître, M. le Professeur agrégé G. Jeanneney, qui a bien voulu nous donner ce sujet de thèse, nous restons éternellement reconnaissant.

A notre Maître, M. le Professeur J. Guyot, qui nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence, nous adressons nos profonds remerciements.

INTRODUCTION

A propos de deux observations sur des cas de thrombo-phlébite dite spontanée, l'une publiée par nos Maîtres MM. Guyot et Jeanneney et l'autre par MM. Jeanneney et Mathey-Cornat, M. le Professeur agrégé Jeanneney a bien voulu nous donner ce sujet de thèse.

Notre étude portera surtout sur la pathogénie de cette maladie, toujours controversée, de même que sur l'anatomie pathologique, et nous tâcherons, en relatant des faits nouveaux, de démontrer son origine infectieuse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES THROMBO-PHLÉBITES DITES SPONTANÉES OU PAR EFFORT

CHAPITRE I^{er}

Définition et Historique.

On appelle thrombose veineuse dite spontanée ou par effort, ou œdème aigu du membre supérieur, une affection succédant le plus souvent à un simple effort et caractérisée par un œdème dur et diffus, souvent énorme, du membre intéressé, accompagné en même temps de cyanose, faisant son début et son évolution sans réactions générales ou celles-ci, si elles se produisent, étant très minimales. Le fait essentiel anatomo-pathologique de la maladie est indiscutablement une thrombose de la veine principale du membre atteint. Cette oblitération peut être temporaire ou permanente.

Cette affection est assez rare, et s'observe de préférence au membre supérieur. Elle peut cependant se produire au membre inférieur, ainsi que nous le verrons dans nos observations, relevant des mêmes causes et évoluant de la même façon.

Il faut distinguer les thromboses veineuses dites spontanées des thromboses traumatiques, lesquelles ont pour cause une lésion directe et importante des veines, et de celles survenant à la suite de plaies, dans lesquelles l'infection joue un rôle primordial.

Le cas le plus ancien de cette affection paraît être celui rapporté par Schrotter en 1884, dans son livre sur les maladies des vaisseaux ; ce cas resta isolé pendant longtemps et ce n'est qu'en 1910 que de nouvelles observations de thromboses veineuses par effort furent publiées par Schepelmann. Peu après, en 1911, Heinecke publia trois cas. Dans la même année, Rosenthal en publia deux.

En 1912, Lenormant, dans la *Presse Médicale*, présenta un travail sur la question en y incluant les sept observations empruntées à la littérature allemande et déjà mentionnées.

Les premières observations françaises parurent peu après le travail de Lenormant ; c'est d'abord Rochard et Mouchet qui, en 1913, présentèrent à la Société de Chirurgie de Paris des communications basées sur quatre cas, dont deux recueillis par Rochard et deux par Mouchet.

Dans la même année, Rochard fit publier à son élève, Pellet, une thèse sur le même sujet, réunissant les onze observations déjà citées.

A cette même époque, des nouvelles observations furent présentées à la Société de Chirurgie de Paris par Delbet, Schwartz, Routier, Broca et Potherat.

En 1913 également apparurent les observations de Baum, Langlet et Humbert et Gautier (de Genève).

En 1914, Girard signala un nouveau cas.

En 1916, Jean Pellet apporta une nouvelle observation dans la *Presse Médicale*.

A partir de 1919 apparurent des articles isolés de Vossehaar, Chutro, Combier-Murard, Cadénat.

Dans cette même année, Lenormant fit à la Société de Chirurgie de Paris un rapport basé sur deux observations de Mocquot et concernant deux cas de thrombose des veines iliaques, en apparence spontanées.

En 1923, un autre cas fut publié et rapporté à la Société de Chirurgie par M. le Professeur Guyot et M. le Professeur agrégé Jeanneney.

En 1924, à la Société Anatomico-Clinique de Bordeaux, un autre cas fut présenté par M. le Professeur agrégé Jean-neney et Mathey-Cornat.

Plus tard, en 1926, Bazy présenta une nouvelle observation.

A l'étranger, nous citerons trois observations parues dans la *Semana Médica* de Buenos-Aires (1921) et publiées par Pavlovsky ; puis, en 1923, dans le même journal, deux observations publiées par Ivanissevich.

Nous voyons donc, ainsi que nous l'avons dit plus haut, qu'il y a en tout une quarantaine d'observations ; nous allons résumer rapidement les quatorze déjà publiées par Pellot et celles qui restent seront relatées par nous dans ce travail.

CHAPITRE II

Étiologie et Pathogénie.

La thrombo-phlébite par effort est une affection rare, ayant une prédilection très marquée pour les personnes en apparence bien portantes, d'âge moyen. Elle est aussi plus fréquente chez l'homme que chez la femme, l'homme étant plus exposé que cette dernière, en effet, aux traumatismes. Elle s'observe plus souvent au membre supérieur qu'au membre inférieur, et surtout du côté droit. Cependant, le membre inférieur peut aussi être atteint (deux observations sur treize publiées par Pellot relatent ce cas, et nous-mêmes en mentionnerons deux rapportées par Lenormant à la Société de Chirurgie le 10 décembre 1919).

Causes prédisposantes. — Les états infectieux antérieurs jouent un rôle assez important dans la pathogénie de la thrombo-phlébite dite spontanée.

La *syphilis* a pu être décelée dans de nombreux cas et tout spécialement dans l'observation de Delbet qui invoque et affirme la nature spécifique de la lésion.

Les états d'*infection banale* peuvent être invoqués dans une certaine mesure, comme nous le verrons dans plusieurs de nos observations où la fiche pathologique des malades est chargée de périodes d'infections antérieures, d'où la nécessité d'un interrogatoire serré.

Causes déterminantes. — L'état infectieux peut *rester latent* jusqu'au jour où un léger traumatisme déclanche les

phénomènes particuliers à cette affection en localisant sur la veine les germes.

Dans les premières observations parues, on attribuait le principal rôle au traumatisme (Pellet) ; mais, à la suite d'analyses du sang faisant ressortir une variation dans la formule leucocytaire, de même qu'une hyperviscosité sanguine (traduisant un état subinfectieux), on est arrivé à conclure que le traumatisme ne faisait que déclencher l'affection latente. Le fait est certain et prouvé même par la clinique, puisque dans la majorité de nos observations nous constatons une légère augmentation de la température, laquelle arrive jusqu'à 38°. Nous pouvons donc attribuer au traumatisme le rôle d'agent accélérateur et localisateur de l'affection.

D'après Lenormant, la thrombo-phlébite dite spontanée peut avoir comme cause une éraillure provoquée dans l'endoveine, par l'arrachement des veinules à son embouchure, à la suite du traumatisme qui peut, dans certains cas, être minime, tel qu'une brusque contracture musculaire désordonnée, comme celle de l'effort ou de la fatigue. Nous croyons que quelques cas peuvent être attribués à cette cause. Cependant on ne voit que bien rarement apparaître des lésions semblables chez les sportifs ou les ouvriers.

On invoque aussi un autre mécanisme de production : la *lésion de l'endoveine*, due au tiraillement de la veine elle-même, mécanisme admis difficilement puisque nous savons que les grosses veines du membre supérieur, qui sont le plus souvent atteintes, ont une élasticité suffisante pour ne pas laisser dilacérer leur tunique interne.

On a accusé également le spasme passager occasionné par le traumatisme, phénomène rare qui, d'après Mocquot, ne peut favoriser la formation du thrombus.

Pour nous, à n'en pas douter, il s'agit d'une infection primitive restée latente dans l'organisme, jusqu'au jour où

un traumatisme, même minime, faisant le rôle localisateur, est venu faire apparaître tout le tableau symptomatique.

Nous nous basons pour cette affirmation sur la preuve concluante apportée par Grimault dans une observation reproduite plus loin (obs. III) et où l'examen bactériologique du caillot permit de constater la présence de microbes. En outre, l'examen histologique de la veine révéla des lésions d'origine infectieuse, ainsi que nous le relatons dans le chapitre sur l'anatomie-pathologique.

CHAPITRE III

Étude Clinique.

Le tableau clinique de la thrombo-phlébite dite spontanée se présente à nous presque toujours avec la même symptomatologie. Pour l'étude clinique de cette affection, nous nous occuperons d'abord des antécédents du malade.

Antécédents. — Le sujet est en général bien portant en apparence. Cependant, dans ses antécédents personnels, on trouve habituellement des états infectieux antérieurs. Au point de vue héréditaire, rien intéressant son état actuel.

Début de la maladie. — Le malade, au début, à la suite d'un effort ou d'un traumatisme léger, éprouve une douleur plus ou moins intense, accompagnée du gonflement du membre intéressé, lequel devient lourd et comme paralysé. Toutefois, il peut pendant un certain temps continuer son travail et ce n'est qu'au bout de quelques jours, les douleurs devenant très vives, qu'il vient consulter le médecin. Le fait est à retenir pour ses conséquences médico-légales.

A ce moment (*période d'état*), il est aisé de constater un œdème s'étendant de la main à la racine du membre atteint et pouvant aller même jusqu'aux régions pectorale et scapulaire.

Cet œdème présente les caractères suivants : il est *dur*, réparti uniformément dans le membre atteint, estompant ses reliefs et lui donnant un aspect cylindrique. On constate en même temps le développement d'une *circulation veineuse* collatérale superficielle.

Le membre a, en général, une couleur *cyanotique* ou bleue violacée, avec *marbrures*, et le malade éprouve une sensation de refroidissement du membre. Par ses caractères, cet œdème est de nature très spéciale et n'a rien de commun avec celui qui se forme au niveau du membre inférieur à la suite de la phlegmatia alba dolens.

La circulation de retour étant gênée, on constate la réplétion et la dilatation des veines superficielles, tant de la main que de l'avant-bras et du bras. Les veines céphalique et basilique sont aussi augmentées de volume, phénomènes qui s'accroissent avec les efforts.

A la palpation de la région axillaire, sur le trajet du paquet vasculo-nerveux, on peut constater la présence d'un *cordon dur, sensible à la pression*, ainsi que de ganglions.

Pellot, dans sa thèse, prétend que tous ces phénomènes évoluent sans réactions générales, ce qui lui fait dire que les trois symptômes principaux de cette affection sont : l'œdème, la *cyanose* et l'*absence de réactions générales*. Assertion qui nous semble erronée en ce qui concerne ce dernier symptôme puisque, ainsi que nous pouvons nous en rendre compte dans la majorité de nos observations, on constate une légère élévation de température, traduisant un état infectieux ou subinfectieux du malade.

Au point de vue *fonctionnel*, le malade éprouve une sensation de lourdeur, pesanteur, engourdissement du membre, créant une gêne dans les mouvements, lesquels sont difficiles et douloureux. Ces *douleurs*, peu vives, ne se manifestent qu'à l'occasion de mouvements et peuvent s'irradier au thorax.

On ne constate pas de modification du rythme ni de la pression du pouls radial. La force musculaire est considérablement diminuée, ainsi que l'on peut s'en rendre compte au dynamomètre.

Evolution de la maladie. — Variable, elle peut durer dans certains cas une quinzaine de jours, et parfois il faut

plusieurs mois pour que tous les phénomènes disparaissent et que les malades retrouvent l'intégralité fonctionnelle de leur membre. A noter que souvent, après la guérison, il persiste une légère augmentation du volume du membre, sans qu'il se produise aucune gêne dans son fonctionnement.

Par contre, on peut voir des cas s'accompagner de troubles fonctionnels dus à une diminution des masses musculaires ou à une persistance de la douleur. Heureusement cette éventualité est peu fréquente.

En général, l'évolution de cette maladie est en relation directe avec l'évolution du caillot. Deux cas peuvent se présenter : ou il y aura résorption du caillot, ou bien organisation de celui-ci. Dans la première éventualité, la veine redevient plus ou moins rapidement perméable, ce qui fait disparaître les accidents locaux, tels que l'œdème et la circulation collatérale, la guérison s'effectuant sans séquelles.

Dans la seconde (organisation du caillot), le vaisseau principal étant oblitéré, la circulation doit se rétablir par le réseau veineux collatéral dilaté. Dans ce cas, le membre demeure légèrement augmenté de volume, conséquence des troubles circulatoires. Quant aux accidents d'embolie, si redoutables dans le cours des phlébites, ils sont rares dans cette variété de thrombo-phlébite.

Diagnostic. — Celui-ci est délicat étant donnée la rareté de l'affection, qui, de ce fait, ne se présente pas à l'esprit du médecin.

On pensera à la thrombo-phlébite dite spontanée lorsque l'on constatera chez un malade la présence d'un œdème dur, violacé, avec circulation veineuse superficielle, et d'un cordon dur, sensible à la pression, au niveau des vaisseaux de la région axillaire, amenant une impotence fonctionnelle relative du membre atteint, s'accompagnant de signes généraux peu appréciables et se produisant le plus souvent au membre supérieur droit.

Diagnostic différentiel. — On peut confondre cette affection avec l'œdème d'origine nerveuse tout spécial, appelé *œdème spinal de Remak*, qui survient dans la syringomyélie et se manifeste surtout au niveau de la main où il atteint son maximum de grosseur, pour aller en diminuant de volume jusqu'à la racine du membre. Il s'accompagne aussi de cyanose et sécheresse de la peau, et les doigts sont fusiformes. La main est fortement gonflée, ne gardant pas le godet de pression. Ce qui distingue surtout les deux œdèmes, c'est que dans celui d'origine nerveuse on constate l'existence de troubles cutanés, de l'hyperplasie du tissu sous-cutané et le peu de développement de la circulation collatérale superficielle.

Egalement l'œdème de la thrombo-phlébite spontanée ne doit pas être confondu avec celui qui apparaît consécutivement à *l'emploi de certains médicaments*, l'iode principalement, ainsi que le fait remarquer Gautier dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande* (septembre 1913). Dans ces cas, l'interrogatoire permettra de faire le diagnostic.

Il est possible aussi de confondre l'œdème de cette affection avec celui qui se produit dans le tabès, l'hystérie, le goitre exophtalmique, l'épilepsie. On tiendra compte, dans ces cas, des symptômes qui accompagnent ces affections et des antécédents du malade.

Si l'élément douloureux prédomine, on peut faire le diagnostic avec les radiculites et plus particulièrement avec les dorsalisations des vertèbres cervicales. On fera, pour cela, un examen somatique du malade, que l'on complètera par la radiographie.

Il y a aussi des formes atténuées qui ont pour siège le membre supérieur gauche et, dans ces cas, on peut croire à une compression de la veine axillaire par *adénite*. On pense quelquefois aussi à un *anévrisme* de l'artère axillaire, à une *gomme musculaire*, *névromes*, ce qui peut prêter à confusion. En général, ces formes atténuées sont

dues à plusieurs causes, dont les plus importantes sont : les oblitérations incomplètes, ou l'existence d'une veine axillaire double, comme les anatomistes l'ont observé (Picqué).

Pronostic. — Cette affection a, en général, un pronostic plutôt bénin. La guérison est habituellement lente. Elle n'expose pas à des complications graves, comme l'embolie, laquelle a été constatée une fois seulement et encore à la suite d'une intervention intempestive.

Au point de vue fonctionnel, et spécialement en ce qui concerne les accidents du travail, il y a lieu de tenir compte que la guérison, quoique survenant parfois rapidement, est le plus souvent lente et, dans certains cas, incomplète.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique.

Nous diviserons ce chapitre comme suit :

- 1° Détermination du siège de la lésion ;
- 2° Lésions de la paroi veineuse ;
- 3° Etude du caillot ;
- 4° Evolution de celui-ci ;
- 5° Résultats anatomo-pathologiques des pièces examinées spécialement par notre Maître, M. le Professeur Sabrazès, ainsi que des faits présentés par Grimault.

1° Dans la plupart des cas, la lésion a comme siège, dans le membre supérieur, la veine axillaire, ainsi que nous pouvons le constater par la présence de l'œdème qui ne remonte pas au-dessus de l'insertion supérieure du muscle deltoïde ; ne se propageant pas au thorax, comme dans certains cas où c'est la veine sous-clavière qui est atteinte.

Si l'affection se localise au membre inférieur, le siège se trouvera soit dans la veine fémorale, soit dans la veine iliaque externe, d'après certains auteurs.

2° L'examen des lésions de la paroi de la veine a pu être effectué seulement lorsque l'intervention a été faite. Ainsi Schepelmann a constaté que la paroi veineuse était intacte mais amincie, laissant voir par transparence le caillot. D'autres auteurs ont trouvé des lésions plus ou moins accentuées, démontrant dans certains cas l'origine incontestablement infectieuse.

3° *Etude du caillot.* — Celui-ci est secondaire à la lésion de la paroi de la veine. ainsi que l'a depuis fort longtemps prouvé Cruveilhier, et probablement au caillot primitif vient s'ajouter un caillot secondaire, par additions successives. Ce caillot peut être septique, comme l'a démontré Grimault, contrairement à l'opinion de Pellot.

4° *Evolution du caillot.* — Comme nous l'avons déjà vu, deux cas sont susceptibles de se présenter :

Ou le caillot s'organise et il contractera des adhérences avec la paroi, et à la suite de réactions conjonctives la lumière du vaisseau sera occupée par un cordon fibreux faisant corps avec la paroi (période pendant laquelle peuvent se produire des embolies).

Ou le caillot ne s'organise pas. Dans ce cas, il y a désagrégation lente de celui-ci et la lumière du vaisseau redevient normale, permettant à la circulation de se rétablir.

Cette double évolution semble être *en rapport direct avec le degré de lésion de l'endoveine*. Ainsi, si celle-ci est minime, le caillot ne contracte pas d'adhérence et peut, par conséquent, disparaître rapidement. Dans le cas contraire, les altérations de la paroi sont profondes et le caillot contractant des adhérences reste permanent.

5° C'est notre Maître, M. le Professeur Sabrazès, qui effectua le premier examen anatomo-pathologique complet de la pièce obtenue au cours de l'opération pratiquée par nos Maîtres, MM. les Professeurs Guyot et Jeanneney, ainsi que l'on pourra s'en rendre compte dans l'observation I. Il a constaté les résultats suivants :

« Il s'agit d'une thrombose d'un segment de la veine axillaire gauche. Pas de nodules néoplasiques dans l'adventice. Il y a de la polynucléose dans les vasa-vasorum qui sont perméables. La vascularisation des tuniques est très marquée jusqu'à l'endoveine. Le caillot faisant corps avec

la paroi veineuse est organisé en tissu fibreux et partiellement canaliculé. Il n'y a pas de tubercules dans la paroi. Histologiquement, il est impossible de se rendre un compte exact de la nature de cette phlébite. Les phénomènes d'endophlébite caractérisés par l'hyperplasie des cellules conjonctives de l'endoveine sont très marqués. Dans la paroi on trouve des pigmentophages et des petits nids de cellules plasmatiques. Dans le thrombus en voie d'organisation fibreuse très avancée, on note la présence de leucocytes polynucléés, de macrophages et même d'hématomacrophages. »

Cet examen indique d'une part les lésions d'endophlébite avec hyperplasie des cellules conjonctives de l'endoveine, d'autre part une réaction leucocytaire très marquée, et enfin l'organisation du caillot en voie de néocanalisation.

Le premier fait montre la possibilité d'un trauma originel, tandis que le second pourrait indiquer une légère infection ou bien un travail de résorption.

Ensuite apparaissent les travaux de Grimault portant également sur l'étude d'un cas opéré dont l'examen anatomopathologique fut pratiqué par le Docteur Oberling (de Strasbourg). Le résultat fut le suivant : « La veine thrombosée montre à l'examen une sclérose veineuse intense et certainement ancienne, avec endophlébite végétante; dans la lumière de la veine existe un caillot stratifié en voie d'organisation ».

L'examen bactériologique du sang, fait à l'Institut Bactériologique de Strasbourg, décéla la présence de staphylocoques blancs et de streptococcus viridens.

Il est donc incontestable que dans ce cas les altérations chroniques de la paroi veineuse sont antérieures à la thrombose récente et ont été provoquées par une infection.

CHAPITRE V

Traitement.

Pour le traitement des thrombo-phlébites dites spontanées, deux procédés sont employés : *traitement médical* et *traitement chirurgical*.

Traitement médical. — Dans cette affection, il est simple et consiste dans l'*immobilisation* du membre, associée à la *suspension* discontinue à 45° pendant plusieurs jours; pour cela, le bras sera mis en élévation et abduction au-dessus d'un oreiller.

Cette suspension facilite également la circulation de retour.

Les mouvements seront évités autant que possible, car ils peuvent occasionner le détachement du caillot, d'où embolie.

Willan a fait la suspension verticale, mais cette position semble inutile et peut être dangereuse en facilitant la migration du caillot.

Vers la troisième semaine, quand l'œdème commencera à disparaître, on pourra essayer la mécanothérapie en pratiquant d'abord des mouvements passifs, suivis par la suite de mouvements actifs. On y associera de légers massages superficiels pour faciliter la circulation et éviter l'impotence du membre.

D'après Rosenthal, on pourrait employer aussi la thermothérapie sous forme de douches d'air chaud.

Gautier utilise la compression énergique du membre malade à l'aide d'un bandage élastique.

D'autres auteurs ont employé l'électrothérapie, les rayons ultra-violets, en obtenant d'assez bons résultats.

On pourrait employer une médication anti-infectieuse générale : sulfarsénol, vaccinothérapie, et y associer le citrate de soude comme anticoagulant.

On combattra par un traitement approprié la syphilis, si elle est incriminée.

Dans le cas d'échec du traitement médical que nous venons d'indiquer, et lorsque les douleurs ne sont pas tolérables (observation XIX où le malade réclame lui-même l'opération), on est obligé de recourir au traitement chirurgical.

Traitement chirurgical. — Deux procédés chirurgicaux sont ici opposés l'un à l'autre : la *phlébotomie* et la *phlébectomie*.

Phlébotomie. — Celle-ci consiste à l'ouverture de la veine afin d'en retirer le caillot, puis à suturer celle-ci.

Cette méthode a des partisans, du fait qu'elle amène le rétablissement presque immédiat et définitif de la circulation.

Cependant, elle est dangereuse par suite de la production d'embolie, ainsi que le montre le cas opéré par Schepelmann et relaté dans la thèse de Pellot.

Quelques auteurs, comme Bazy, ont eu de bons résultats (observation XIX).

La *phlébectomie*, ou résection du segment thrombosé, est employée de préférence à la phlébotomie.

Les résultats obtenus avec cette méthode sont encourageants, ayant donné complète satisfaction à ceux qui l'ont employée, notamment à nos Maîtres, MM. les Professeurs Guyot et Jeanneney, et à Delbet, Schwartz, ainsi que nous

pouvons le constater dans les observations I, IV et V que nous publions, les complications incriminées à la phlébotomie ne s'étant pas produites.

Cette intervention rend possible une mobilisation précoce du membre, ce qui permettrait, sans doute, d'éviter des troubles fonctionnels.

Nous ferons remarquer que les complications tardives et les séquelles des phlébites n'ont pas été constatées après cette dernière intervention. Comment pouvons-nous expliquer cela ? Peut-être par le fait que la phlébectomie agit en faisant disparaître les troubles de l'innervation sympathique du membre occasionnés par l'oblitération (Leriche). Des précisions ultérieures nous l'indiqueront.

CHAPITRE VI

OBSERVATION I

(Guyot et Jeanneney. — In *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris.*)

Il s'agit d'une veuve de guerre de 40 ans, sans antécédents morbides, sauf une légère hyperchlorhydrie et des règles très peu abondantes. En avril 1922, elle ressent, en soulevant des registres, un tiraillement dans l'aisselle gauche, mais peut continuer son travail de secrétaire. Trois jours après, son membre augmente de volume et présente des marbrures et une teinte violacée. L'œdème ne devient, d'ailleurs, jamais considérable; il disparaît par l'élévation du membre et augmente dans la déclivité. Mais, comme les mouvements du membre sont affaiblis et alourdis, et surtout comme elle est préoccupée par la présence dans l'aisselle d'une « tumeur » de la grosseur d'une noix apparue avec l'œdème, elle se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen (22 mai 1922), le membre gauche mesure, au pli du coude, 2 centimètres de plus que le droit; il est quelque peu cyanosé et l'on note sur le moignon de l'épaule et jusque sur le grand pectoral un réseau veineux distendu en tête de méduse. La palpation montre que l'œdème est élastique et conduit au sommet du creux axillaire, par ailleurs libre de ganglions, sur une tumeur du volume d'une noix, légèrement douloureuse à la palpation avec irradiations imprécises vers le bras, adhérente au paquet vasculo-nerveux, mobile transversalement, fixe longitudinalement et animée de battements; pas de souffle. Les réactions électriques sont normales (Professeur Bergonié). La température n'a jamais dépassé 37°1.

L'examen vasculaire, pratiqué par M. Fabre dans le laboratoire de physiologie clinique du Professeur Pachon, donne les

résultats suivants : « Les deux pouls radiaux sont synchrones; les courbes oscillométriques des deux poignets sont superposables. Pas de compression artérielle, augmentation de la pression veineuse. Compression veineuse probable de la veine axillaire gauche. Hyperviscosité très marquée : $V = 8$ ».

L'analyse d'urine révèle des traces d'albumine.

L'examen du sang, pratiqué par M. Mauriac, donne un Bordet-Wassermann nul, un Besredka nul, un Weinberg-Parvu nul, un temps de saignement inférieur à la normale, une légère anémie globulaire (4.100.000 hématies, 6.400 leucocytes) et une tendance à la polynucléose :

Polynucléaires neutrophiles.....	82
Lymphocytes	8
Gros mononucléaires.....	7
Moyens mononucléaires.....	3

On élimine une adénite, un anévrisme, pour hésiter entre une tumeur des nerfs ou une tumeur ganglionnaire primitive comprimant la veine axillaire.

Un traitement d'épreuve n'ayant amené aucun changement, on intervient le 8 juin 1922. Anesthésie générale à l'éther. Découverte du paquet vasculaire. La veine est entourée d'un tissu de sclérose qui en rend l'isolement délicat. A la partie inférieure, au niveau des circonflexes, on sent dans la veine un renflement dur, oblong, du volume d'une grosse olive. On pince la veine au-dessus, on l'isole et on la résèque entre deux ligatures jusqu'aux limites apparentes de l'oblitération. Hémostase. Fermeture sans drainage.

La pièce a été examinée par M. le Professeur Sabrazès, et nous donnons le résultat au chapitre anatomie pathologique.

Suites : normales. La malade sort un mois après l'opération avec une gêne fonctionnelle légère du bras (20 % environ).

Le 4 décembre 1922, l'examen fonctionnel, fait par le Docteur R. Fabre, donne :

Dynamométrie. — Bras droit : 26 kilogrammes ; bras gauche : 20 kilogrammes.

Tension artérielle. — Identique aux deux bras ; non modifiée aux membres inférieurs.

Viscosité sanguine. — $V = 8$. Hyperviscosité très marquée.

Système vaso-moteur. — Réflexe vaso-moteur à la température, légèrement exagéré.

Réflexe oculo-cardiaque faiblement inversé. *Sympatricotonic.*

M. le Professeur Sabrazès a revu lui-même la malade et a noté :

« 1° Le 8 décembre :

	MAIN GAUCHE	MAIN DROITE
Oscillométrie	Max. 13	Max. 12 1/2
—	Min. 9	Min. 9
—	J. 0. 1 2	J. 0. 2
Dynamométrie.....	20 K	26 K
Hémoglobine.....	65 %	85 %
Polynucléaires neutrophiles	72 %	75 %
Lymphocytes	18 %	17 %
Monocytes.....	4 %	3 %
Mononucléaires à noyau lobé....	3 %	3 %
Eosinophiles.....	0 %	0.6 %
Mastzellen.....	0 %	0.3 %
Valeur nucléaire de 100 neutrophiles.	264	280

» 2° Le 25 janvier 1923 (même doigt : auriculaire) :

	MAIN GAUCHE	MAIN DROITE
Hémoglobine.....	90 %	90 %
Globules rouges.....	4.543.000	4.495.000
Globules blancs.....	2.000	1.550
Polynucléaires neutrophiles.....	75 %	75 %
Lymphocytes.....	7 %	13 %
Monocytes.....	4 %	7 %
Mononucléaires à noyau lobé....	3 %	4 %
Eosinophiles.....	1 %	2 %

» En somme, le sang n'accuse pas de différences très marquées. Il semble que la circulation se soit rétablie par les voies de dérivation et anastomoses. »

OBSERVATION II

(Jeanneney et Mathey-Cornat. — In *Journal de Médecine de Bordeaux.*)

Gaston B..., 42 ans, boulanger, se présente à la consultation (service de M. le Professeur Bergonié), le 24 mai 1924, pour impotence partielle du membre supérieur droit avec sensation de pesanteur vague et dont l'apparition remonte à janvier 1924.

En mai 1916, il y a huit ans, le sujet (âgé alors de 41 ans) fut, comme territorial, employé à la manutention des magasins généraux et fourrages : durant six jours consécutifs, il procéda au chargement et au déchargement, sur l'épaule droite, de sacs de maïs, dont le poids était d'environ 80 kilos chacun. Selon ses dires, « l'effort fut violent, excessif, répété » ; il en ressentit une grande fatigue physique, avec courbature, impression de lourdeur pénible inaccoutumée dans toute la zone traumatisée (moignon scapulaire). Deux jours après, il est exempté de service, pour « œdème total, volumineux, violacé, chaud, du membre supérieur droit, sillonné par des marbrures à marche progressive ». Hospitalisation à Saintes, au quatrième jour, pour phlébite aiguë du membre supérieur droit.

L'œdème double le volume du membre et s'étend à la main. l'avant-bras, le bras, la région thoraco-pectorale droite; réseau veineux extrêmement riche, distendu intensément en « tête de méduse ». Le membre est alourdi, figé dans l'attitude classique, en légère flexion de l'avant-bras sur le bras et soutenu par le côté opposé, sain. Tout mouvement devient bientôt impossible. A la palpation, on perçoit de gros cordons veineux, enflammés, durs, douloureux, qui s'étendent le long du trajet des vaisseaux sous-claviers, axillaires et brachiaux. Pendant quatre jours, la fièvre oscille entre 37°6 et 38°; langue saburrale, anorexie, constipation, céphalalgie. Traitement : bains chauds, à 38°, bi-quotidiens; enveloppements humides; chlorhydrate de quinine, *per os*, 1 gramme *pro die* (en 4 cachets de 0 gr. 25).

Exéat au vingtième jour. Convalescence de deux mois : persistance d'un œdème chronique. Au sixième mois, régression notable, diminution de la force musculaire, quelques irradia-

tions douloureuses. Depuis cette époque, Gaston B... a toujours été employé à des travaux légers. Pas de nouvelle poussée de phlébite.

Antécédents. — Deux blennoragies aiguës successives à 22 et à 24 ans, sans complications. En 1917, otite aiguë suppurée double. En 1918, pleuro-pneumonie grippale droite, ayant duré un mois. Pas de syphilis. Ethylisme et tabagisme légers.

Examen à la huitième année, en mai 1924. Le bras droit, la région pectoro-axillaire droite, sont le siège d'une circulation veineuse collatérale assez intense, ramifiée, donnant aux téguments une teinte légèrement foncée; tout effort passif ou actif (flexion du tronc, flexion des doigts) s'accompagne d'une intumescence remarquable. La palpation montre que la peau est infiltrée, a perdu sa souplesse et conduit au creux axillaire, à la gouttière brachiale interne, sur quelques paquets veineux tronculaires épaissis, peu mobiles transversalement, non animés de battements et enchassés de nodules indurés, à peine douloureux. Méiopragie fonctionnelle de tout le membre supérieur : paresthésies (fourmillements nocturnes des extrémités, crampes, engourdissements). Adduction et élévation limitées (cette dernière à 90 degrés, pour 160 degrés du côté gauche) et suivies d'une sensation pénible de tiraillement cervico-brachial. Rétropulsion également limitée. Température normale. Rhumatisme chronique cervico-dorsal. Radiographie négative : pas de côte cervicale.

Examen fonctionnel cardio-vasculaire (Docteur Fabre) :

Pouls radiaux synchrones.

1° *Oscillométrie* :

Poignet droit : maxima 14, minima 6,5, indice oscillom. 3,5.

Poignet gauche : maxima 15, minima 6,5, indice oscillom. 5.

(Abaissement de la maxima et de l'indice oscillométrique du côté malade.)

2° *Viscosité* : 6 (hyperviscosité).

3° *Réflexe oculo-cardiaque* : nul.

4° *Système vaso-moteur* : angiospasme léger.

Examen du sang (Professeur Mauriac) :

Globules rouges.....	4.816.000
Globules blancs.....	8.000
Polynucléaires neutrophiles.....	48 %
Eosinophiles.....	2 %
Lymphocytes.....	41 %
Moyens mononucléaires.....	5 %
Gros mononucléaires.....	4 %
Réaction de Wassermann.....	Négative
Réaction de Besredka.....	Négative
Urée dans le sang.....	0,30 par litre.

L'analyse des urines ne révèle ni glucose, ni albumine ;
14 gr. 90 d'urée et 15 gr. 30 de chlorure par litre.

OBSERVATION III

(H. Grimault. — In *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris.*)

R..., âgé de 45 ans, n'a jamais eu d'autre maladie générale qu'une intoxication saturnine en 1917. Le 6 décembre 1922, au moment où il soulevait un wagonnet pour le replacer sur les rails, R... sentit une douleur assez vive dans l'épaule droite. Il continua néanmoins son travail pendant deux heures encore. Pendant la nuit, il souffre de l'épaule droite. Le lendemain 7 décembre, il peut néanmoins travailler toute la matinée ; l'après-midi, à 16 heures, il est forcé de quitter son travail, parce qu'il souffre et que le bras droit est enflé. Le malade se repose jusqu'au 15 décembre 1922. Aucune amélioration. A ce moment, on constate que tout le membre supérieur droit est augmenté de volume ainsi que l'épaule et la région pectorale et sus-claviculaire. Les saillies musculaires ont disparu ; le bras présente un œdème dur et violacé, non dépressible. Aucune lésion de lymphangite. Le dos de la main est gonflé et les doigts sont boudinés : le réseau veineux superficiel est nettement plus marqué au niveau de la région pectorale droite qu'à gauche. On sent dans l'aisselle un cordon dur et douloureux à

la pression gros comme un crayon. Les pouls radiaux sont synchrones et présentent la même tension artérielle. Il existe une impotence fonctionnelle marquée de tout le membre supérieur droit. Il n'y a pas de fièvre et l'état général est bon.

Le malade souffre depuis longtemps d'une laryngite chronique très rebelle; l'examen du larynx montre une rougeur diffuse du larynx, sans paralysie des cordes vocales ni infiltration (Docteur Gagnier). Ni sucre, ni albumine dans les urines. La réaction Bordet-Wassermann est négative. L'examen du sang donne comme formule leucocytaire : polynucléaires, 74; lymphocytes, 21; grands mononucléaires, 2; éosinophiles, 2.

Le diagnostic de phlébite de la veine axillaire droite avec thrombose est porté en présence de cette symptomatologie si nette. Comme, les jours suivants, le cordon veineux devient perceptible jusqu'au milieu du bras, on décide d'intervenir. Opération le 29 décembre 1922. Anesthésie locale. Une première incision de ligature de l'humérale au tiers supérieur du bras met à nu le paquet vasculo-nerveux; les veines humérales sont intactes et le cordon dur que l'on sentait est le nerf médian infiltré et augmenté de volume. On fait une seconde incision de ligature de l'axillaire dans l'aisselle; la thrombose commence au-dessous du bord inférieur du grand pectoral par une dilatation ampullaire grosse comme une cerise; les petites veines qui aboutissent à la veine axillaire sont dilatées et thrombosées. Autour de la veine, il n'y a ni périphlébite ni adénopathie. Résection de la veine thrombosée entre deux ligatures. On recueille aseptiquement le caillot et on fixe la veine thrombosée dans du liquide de Bouin.

Les suites opératoires furent simples et le malade quitta l'hôpital très amélioré dix-sept jours après l'opération. (On fit une hémoculture le 12 janvier; elle fut négative.) En avril 1923, le malade a repris son travail depuis quelques semaines; mais il persiste une diminution de forces du bras droit et des fourmillements dans les doigts; la circulation collatérale est toujours marquée.

L'examen bactériologique du caillot, fait à l'Institut bactériologique de Strasbourg, a donné du staphylocoque blanc et du streptococcus viridens.

L'examen histologique (Docteur Oberling, de Strasbourg) de

la veine thrombosée a montré une sclérose veineuse intense et certainement ancienne avec endophlébite végétante ; dans la lumière de la veine existe un caillot stratifié en voie d'organisation. Il est incontestable que les altérations chroniques de la paroi veineuse sont bien antérieures à la thrombose récente.

OBSERVATION IV (Résumée.)

(Professeur P. Delbet. — In *Paris Médical*.)

Bras gauche. — Effort minime. — Tuméfaction sous-claviculaire pulsatile. — Opération. — Guérison.

Gardien de la paix, 45 ans. En voulant arrêter une femme, porte le bras en arrière et ressent une douleur dans l'épaule, douleur peu violente, car il continue son service toute la journée. Le soir, il constate que sa main et son bras gauche sont œdémateux et violacés. La douleur reste très supportable car il continue son service pendant douze jours.

L'examen fait poser le diagnostic d'anévrisme de la partie supérieure de l'artère axillaire. En effet, il existe une tuméfaction sous-claviculaire avec battements très nets. A l'auscultation, pas de souffle, mais double claquement d'origine aortique. Battements de la radiale perceptibles et synchrones avec le côté sain. Même pression au Pachon. Wassermann positif.

Opération. — Dissection d'une tumeur bleuâtre qu'on suit en haut après section de la clavicule. Ligature du vaisseau qui y aboutit en haut et en bas. Résection. L'examen montre qu'il s'agit d'une veine thrombosée adhérant étroitement à l'artère intacte. Le malade guérit complètement.

OBSERVATION V (Résumée.)

(Ed. Schwartz. — In *Paris Médical*.)

Bras droit. — Effort sérieux. — Opération. — Guérison.

Cocher livreur. Décharge un colis un peu lourd et sent une légère douleur au bras droit vers l'aisselle. Continue son travail et s'aperçoit, le soir, que son bras est enflé jusqu'à la

main et bleuâtre. Peut cependant travailler encore huit jours.

Examen. — Œdème de tout le membre supérieur droit jusqu'à la main, avec état cyanotique et dilatation du réseau veineux superficiel. Dans l'aisselle, ganglions avec empâtement profond vers les vaisseaux axillaires.

Opération faite vingt-cinq jours après l'accident en vue d'enlever les ganglions soupçonnés de comprimer la veine. Extirpation de quelques ganglions sans relation directe avec la veine qui est transformée en un cylindre gros comme le doigt et dur. Résection entre deux ligatures. Guérison.

Examen de laboratoire : endophlébite avec thrombose du vaisseau.

OBSERVATION VI (Résumée.)

(Routier. — In *Paris Médical*.)

Bras gauche. — Sans effort. — Guérison.

Marchand de vin, 52 ans. Aucun traumatisme, sauf une chute d'automobile datant de huit mois et n'ayant pas laissé de traces. L'œdème laisse l'épaule indemne. Le creux axillaire est peu gonflé, mais il existe un gros boudin le long du coraco-brachial.

Guérison par immobilisation, pansement à l'eau alcoolisée, puis frictions à l'onguent napolitain, le diagnostic de gomme ayant été agité.

Le malade conserve un cordon de 12 centimètres le long du coraco-brachial.

OBSERVATION VII (Résumée.)

(Broca. — In *Paris Médical*.)

Bras droit. — Effort minime. — Fièvre et empâtement phlegmoneux. — Opération. — Guérison.

Valet de chambre, 25 ans. A l'occasion d'un mouvement médiocrement actif d'élévation du bras droit, voit se développer un œdème du membre avec douleurs, parésie et fourmillements. Il existe un empâtement demi-phlegmoneux de l'aisselle droite. Température entre 38° et 38°5.

Opération. — Incision parce que l'auteur a des doutes sur la présence de pus. « Le tissu conjonctif était épaissi et lardacé, la veine axillaire était jaune-verdâtre et thrombosée avec périphlébite ». Drain. Très rapidement la fièvre tombe et l'aiselle s'assouplit. Guérison complète en un mois.

OBSERVATION VIII (Résumée.)

(Potherat. — In *Paris Médical*.)

*Bras droit. — Sans effort sérieux. — Œdème énorme.
Guérison lente en trois mois.*

Jeune fille de 17 ans. Sans cause nette, progressivement, le bras droit atteint le double du gauche (monstrueux et rappelant le bras de certaines femmes atteintes de cancer thoraco-axillaire). L'œdème, dur, cyanotique, avec veines distendues, intéresse la racine du membre et les régions scapulaire et thoracique supérieure. Pas de douleurs, mais gêne fonctionnelle. Pas de fièvre. Bon état général.

Sans autre traitement que le repos, la guérison s'établit mais lentement, en trois mois. La malade conserve une augmentation de volume du membre avec saillie des veines superficielles (brachiales et même thoraciques).

OBSERVATION IX (Résumée.)

(Chutro. — In *Paris Médical*.)

Bras droit. — Effort sérieux. — Guérison rapide. — Thrombose de la veine axillaire et de l'humérale profonde.

Homme de peine, 53 ans. A déjà eu, quinze ans auparavant, une douleur suivie de paralysie du bras droit. Décharge des caisses toute la journée ; se couche, ivre, tout habillé. Au réveil, constate que l'emmanchure de sa veste étrangle son bras droit à sa racine et que celui-ci est complètement paralysé et tuméfié depuis la main jusqu'à l'épaule. L'œdème s'étend aux régions sus et sous-claviculaires et scapulaire, il est blanc avec dilatation veineuse. Pas de douleurs sinon sur

la veine. Pas de ganglions. L'œdème commence à diminuer huit jours après et disparaît presque complètement en vingt-huit jours. Il persiste une dilatation considérable de toutes les veines sous-cutanées. Au niveau de l'aisselle, petite induration légèrement douloureuse et, au niveau de la gouttière de torsion, tuméfaction d'une dureté ligneuse : il s'agit d'une thrombose de la veine humérale profonde avec obstruction d'une partie de la veine axillaire.

OBSERVATION X

(Langlet et Humbert. — In *Union Médicale du Nord-Est*.)

Le cas que nous voulons relater ici est surtout intéressant par sa rareté.

Il s'agit d'un homme de 23 ans, verrier, qui, le 4 août 1913, fit un « faux mouvement » et ressentit aussitôt dans tout le membre supérieur droit un engourdissement le forçant à abandonner immédiatement son travail.

Rentré chez lui, il constata que son membre supérieur était tuméfié ; l'œdème augmenta les deux jours suivants pour atteindre son maximum le 6, et le 7 le malade entra à l'hôpital avec le diagnostic de phlegmon.

Après examen, nous constatons un œdème dur totalement indolore à la pression, s'étendant sur tout le bras et avant-bras droits, depuis le poignet jusqu'à la saillie du deltoïde. Le membre était complètement cyanosé, un riche lacis veineux s'y dessinait déjà dont les troncs étaient épaissis et indurés. Les mouvements d'extension et de flexion de l'avant-bras sur le bras, ceux de pronation et de supination étaient devenus impossibles ; le malade éprouvait simplement une sensation d'engourdissement sans aucune douleur. Pas de phénomènes généraux, ni fièvre ni frissons.

Nous appliquâmes, depuis la main jusqu'à l'aisselle, un bandage compressif serré, et nous maintîmes le membre dans l'immobilité relativement la plus complète.

Au bout de quelques jours, l'induration céda quelque peu faisant place à un œdème plus mou. Le bras pouvait se mouvoir plus facilement ; les mouvements de flexion des diverses

articulations pouvaient s'exécuter normalement. Cet homme est actuellement complètement guéri.

OBSERVATION XI

(Girard. — In *Rev. Méd. de la Suisse Romande.*)

M. Girard présente un ouvrier vigoureux, atteint d'une phlébite du bras gauche, consécutive à un effort musculaire. Cet homme était occupé à un travail demandant des efforts musculaires des bras, quand il s'aperçut tout-à-coup que la région du coude enflait. Rapidement la tuméfaction s'étendit à tout le bras; on sent les cordons veineux du bras indurés; on constate un peu de suppuration superficielle à l'un des doigts de la main gauche. On n'a observé aucune élévation de la température. M. Girard estime que la suppuration du doigt n'est pour rien dans l'étiologie de la phlébite; elle a pu, tout au plus, favoriser celle-ci en augmentant la coagulabilité sanguine; les innombrables panaris et suppurations de la main soignés journellement ne produisent presque jamais de phlébites du bras; celle-ci est due à l'effort musculaire; c'est un accident du travail. Cette phlébite est probablement le résultat d'un traumatisme produit par la contraction violente des muscles de la région.

OBSERVATION XII

(J. Pellot. — In *Presse Médicale.*)

Il s'agit d'un jeune soldat grenadier qui a présenté, sans cause apparente, un œdème du membre supérieur droit, débutant par les doigts et remontant rapidement jusqu'à la région pectorale.

On y trouve les trois symptômes essentiels :

1° Un œdème dur où la pression ne peut déterminer de godet et qui donne au membre l'aspect d'un cylindre sans relief ;

2° De la cyanose des téguments qui sont bleus, violacés, marbrés ;

3° Absence de signes généraux : ni frisson, ni fièvre, pouls normal.

Enfin la circulation veineuse est intense, la veine axillaire est indurée, le bras est lourd, non douloureux.

Après quatre semaines environ, l'œdème a disparu complètement. On ne notait chez ce malade aucune tare antérieure.

OBSERVATION XIII

(P. Gautier. — In *Revue Médicale de la Suisse Romande*.)

M. I..., marié, âgé de 72 ans, a toujours eu une bonne santé. De 17 à 25 ans, il a fait huit ans de service militaire en Italie, pendant lesquels il n'a été que huit jours à l'hôpital pour des hémorroïdes. Rentré à Genève à 27 ans, il s'y marie à 29 ans. Sa femme est bien portante. Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

En 1908, le malade a fait un séjour d'une semaine à l'hôpital, pour une entérite muco-membraneuse. Il en sortit amélioré et guérit rapidement. Il n'a plus présenté de troubles gastro-intestinaux.

En 1910, il se fait enlever un kyste sébacé suppuré du dos.

Depuis lors, il s'est bien porté jusqu'au printemps 1913. A ce moment, en mars et avril, il est atteint de plusieurs furoncles à la nuque. Il s'en guérit au début de mai.

Entre le 15 et le 20 juin (la date exacte n'a pu être déterminée) il constate que son bras gauche commence à enfler sans qu'il y ressente des douleurs. La tuméfaction a débuté au bras et s'étend ensuite à l'épaule, au bras et à la main. En quatre ou cinq jours, le bras a atteint son volume maximum qui reste dès lors stationnaire.

Le malade n'a jamais éprouvé de douleurs dans ce bras qui n'a jamais été rouge. Il n'a pas reçu de coups ni de blessures. On ne lui a point fait d'application médicamenteuse.

Enfin, il n'a point fait de chute sur ce bras. Le seul effort fait par lui serait de s'être relevé en se tirant sur le bras gauche, alors qu'il était assis par terre ; à ce moment il aurait ressenti une légère douleur. Cet effort aurait précédé de deux

jours l'apparition de l'œdème. Le malade n'a jamais eu de fièvre.

Comme l'état de son bras restait sans changement après quelques jours, son médecin l'envoie à l'hôpital cantonal, le 30 juin 1913, avec le diagnostic de « phlébite du bras ».

A son entrée, il présentait le tableau suivant : vieillard de grande taille, bien nourri, bien musclé, ne présentant ni cyanose, ni dyspnée, ni fièvre. A part un certain degré d'emphyse pulmonaire, on ne constate rien d'anormal à l'examen des divers organes. Les urines sont claires, de quantité normale, et ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le bras gauche est très gros, enflé, dur, de teinte blanc rosé, rouge nulle part. On y constate de petits réseaux veineux superficiels. Il n'est pas douloureux. Les mouvements sont possibles, mais lents et gênés par l'œdème. Celui-ci est dur, résistant. On a peine à obtenir un godet par la pression du doigt. L'enflure s'étend sur toute la longueur du membre, de l'épaule aux doigts.

Voici les mesures comparées des deux membres :

	BRAS GAUCHE (malade)		BRAS DROIT
Au bras.....	33 cm.	.....	28 cm.
A l'avant-bras.....	34 »	.....	24 »
Au poignet.....	49 »	.....	47 »
A la main.....	25 »	.....	21 »

Il y a donc en moyenne une différence de 3 à 4 centimètres.

On sent battre les artères au bras gauche, mais moins nettement qu'à droite. Dans l'aisselle et sur le trajet des veines principales, on ne sent pas de cordons durs.

Le 1^{er} juillet, on ne constate aucun changement. A cette date, le haut du membre semble un peu moins gros. On fait une radioscopie qui montre que tout est normal dans la région du bras, du thorax et du cou. On note seulement une petite ombre grosse comme une noisette à la base du cœur.

L'examen du sang donne les résultats suivants :

Globules rouges.....	4.300.000
Globules blancs.....	8.000
Hémoglobine.....	85 %
Viscosité.....	1.7
Coagulabilité.....	en 9 1/2 minutes.

La résistance globulaire est normale. Pas d'autolysines ni d'isolysines dans le sérum.

La pression prise au Potain est de 16.

La réaction Bordet-Wassermann est légèrement positive.

On commence un traitement hydrargirique (frictions).

Le 14 juillet, l'enflure a un peu diminué. Le bras, l'avant-bras et la main gauches ont perdu un centimètre de circonférence.

Le 16, on commence à comprimer le membre malade, avec un bandage élastique laissé en place, fortement serré, pendant dix minutes. Ce traitement est répété deux ou trois fois par jour.

Le 22 l'état est beaucoup meilleur. On trouve les mesures suivantes :

Au bras	29	centimètres	au lieu de	33
A l'avant-bras.....	27	»	»	31
Au poignet.....	17,5	»	»	19
A la main.....	22	»	»	25

Le 25 l'amélioration continue et, le 31 juillet, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIV

(J. Murard. — In *Progrès Médical*, Paris.)

J... Pierre, 24 ans, ingénieur électricien, maréchal des logis au ...^e d'artillerie, entre le 3 juin 1916 à l'hôpital de X... pour gonflement du membre supérieur droit.

Il y a quinze jours, eut à faire un travail urgent, qui demanda de très grands efforts du membre supérieur droit et qui dura deux jours et deux nuits. Auparavant, n'avait jamais eu aucune maladie : on ne trouve, dans ses antécédents personnels et héréditaires, aucune particularité à signaler.

Après ce travail forcé, il ressentit sur le champ une très grande fatigue dans le bras droit; il remarqua à ce moment la présence de petites varicosités au niveau du tiers supérieur du bras droit. Les jours suivants, cette sensation de fatigue augmenta; le membre était lourd.

Le 1^{er} juin, au réveil, constate pour la première fois l'œdème

du bras qui s'étendit en gagnant l'avant-bras et puis la main. Un médecin prescrivit des bains chauds, fit une application de teinture d'iode; enveloppa le membre dans un grand pansement humide puis, ne voyant aucune régression, il fit le diagnostic de phlegmon et envoya le malade pour être incisé. Celui-ci nous fut montré le 5 juin.

Examen. — Membre distendu, œdème volumineux qui s'étend depuis l'extrémité des doigts jusqu'à la région deltoïdienne, maximum au niveau du coude. Les téguments ont une coloration rouge bleutée, attribuable aux grands pansements humides. De même il faut attribuer à ce traitement et à la teinture d'iode la présence de quelques rares points de folliculite, situés sur la face dorsale de l'avant-bras et d'apparition récente.

Au niveau du tiers supérieur du bras, varicosités prononcées et abondantes.

Palpation. — Œdème tendu, le doigt ne laisse aucun godet. Point douloureux net au niveau de la partie inférieure de la gouttière vasculaire.

Impotence presque absolue du membre.

Etat général bon. Le malade ne souffre pas.

La température, prise depuis le 1^{er} juin, n'a jamais atteint 38°. L'examen minutieux de tous les viscères, du cœur en particulier, est négatif.

On immobilise le membre dans une gouttière avec un enveloppement ouaté.

9 juin. — Les téguments ont perdu leur coloration rouge bleutée. Spontanément le malade n'accuse qu'une lourdeur du membre et quelques légères sensations douloureuses fugaces la nuit.

14 juin. — Aucune température ; le membre est plus pâle ; les varicosités ont disparu.

9 juillet. — L'œdème commence à régresser légèrement.

15 juillet. — Même état. On évacue le malade.

Pendant son séjour, il n'a présenté aucune poussée thermique; l'examen du cœur et du poumon a été négatif. Les urines, examinées à plusieurs reprises, n'ont jamais contenu ni sucre, ni albumine. L'état général est toujours très bon.

Malheureusement, l'absence de laboratoire a privé des renseignements qu'aurait pu fournir l'examen du sang.

OBSERVATION XV

(R.-J. William. — In *Paris Médical*.)

Bras droit. — Effort sérieux. — Tuméfaction cyanotique de la racine du membre. — Guérison.

Marin, 22 ans. Pendant quinze jours, a transporté de gros fardeaux. Se couche bien portant et se réveille, le lendemain, avec la racine du membre droit enflée et décolorée. Pas de douleurs, mais lourdeur du membre.

Examen. — Gonflement cyanotique de la racine du bras avec dilatation des veines superficielles. Pas de godet au doigt. Pouls radial normal. Sensibilité normale. Examen radioscopique : rien d'anormal, pas d'anévrisme ni de côte cervicale.

Le bras est mis en écharpe pendant dix semaines. Le malade peut alors recommencer des travaux de force, mais conserve une dilatation des veines du thorax du même côté.

OBSERVATION XVI

(R.-J. William. — In *Paris Médical*.)

Bras droit. — Effort sérieux. — Guérison.

Marin, 21 ans. Après avoir longtemps ramé, éprouve une violente douleur dans le bras et l'avant-bras droit et s'aperçoit, quelques minutes plus tard, que le membre est enflé et décoloré. Le lendemain, cyanose avec dilatation des veines superficielles. Sensibilité objective normale et absence de douleurs, sauf en dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde où la pression provoque de la douleur sur une surface d'une pièce d'un shelling.

Le membre est immobilisé en position verticale au moyen d'oreillers pendant huit jours. La cyanose disparaît mais la tuméfaction et la circulation veineuse superficielle persistent. On immobilise ensuite le membre en position simplement

inclinée. Le dix-septième jour, le malade est envoyé à sa formation en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XVII

(A.-H. Vossenaar. — In *Paris Médical*.)

Bras droit. — Effort sérieux. — Guérison.

En levant une roue pesant 80 kilogrammes, ressent une secousse dans l'aisselle droite avec sensation de tremblement qui passe rapidement, mais à laquelle succède une sensation de lourdeur et de fatigue dans le bras et la main. Il doit cesser son travail au bout de quatre jours et, dix jours après l'effort, son bras devient le siège d'une tuméfaction avec cyanose et dilatation des veines superficielles depuis la main jusqu'à l'épaule. Par l'élévation du bras, cyanose et dilatation veineuse disparaissent presque complètement. Cordon très dur dans l'aisselle. Température « au-dessus de la normale » pendant son séjour à la clinique.

Evolution favorable, mais conserve encore, un an et demi après, une légère tuméfaction du bras et de l'avant-bras avec une certaine fatigue qui l'empêche de travailler aussi bien qu'avant l'accident.

OBSERVATION XVIII

(J. Fiévez. — In *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*.)

Un ouvrier de 37 ans, jusque-là bien portant, père de 5 enfants, non syphilitique semble-t-il (la réaction de Bordet-Wassermann n'a pas été faite), ressent, pendant son travail, une douleur brusque au niveau du membre supérieur gauche, le samedi 20 mai 1920; cette douleur est survenue à l'occasion d'un effort, en somme assez minime : pendant que l'ouvrier chargeait des écumes de distillerie avec une fourche, cet instrument a été brusquement arrêté par un corps résistant ; il en est résulté un faux mouvement d'où une douleur vive. La preuve que cette douleur n'a pas été bien intense, c'est que l'ouvrier a pu continuer son travail pendant plusieurs heures.

Le lendemain (dimanche), l'ouvrier se repose, mais souffre de son bras gauche. Le lundi, il travaille, bien que son bras soit gonflé. Il est examiné le jeudi 3 juin. Le bras gauche est très augmenté de volume, la coloration du membre est rose-violacée, de petites taches violet sombre parsèment la peau ; à un examen attentif, ces taches sont des pinceaux de très minces veinules. La douleur est très vive. Dans le creux axillaire gauche, on sent, le long du bord externe, un cordon induré du volume d'un gros crayon, douloureux à la pression. Les mouvements des articulations du coude et de la main sont possibles, mais diminués. On sent le pouls radial. On fait le diagnostic, qui s'impose, de thrombose des grosses veines dans la région axillaire. Le blessé, qui continue à souffrir, demande une opération. M. Fiévez, pensant qu'il y a peut-être un hématome qui comprime les veines, accepte, et l'opération est pratiquée le 16 juin 1920, soit dix-huit jours après le début des accidents. Anesthésie au chloroforme : incision de la ligature de l'artère axillaire dans l'aisselle. On trouve une thrombose de la veine humérale interne, qui est entourée par un tissu cellulaire jaunâtre infiltré.

On se contente de libérer les veines des organes voisins. Après l'intervention, il y eut un soulagement des douleurs : lymphorrhagie par la plaie opératoire, qui se cicatrise néanmoins très bien. Le blessé est revenu plusieurs semaines après l'opération. L'œdème et les pinceaux veineux ont disparu et le malade a pu reprendre son travail depuis quelques jours.

OBSERVATION XIX

(L. Bazy. — In *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris.*)

K..., 27 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Antoine le 1^{er} novembre 1925.

On ne trouve dans son histoire aucun antécédent pathologique. Il s'agit d'un homme jeune, grand, merveilleux athlète, qui ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. Ni rhumatisme ni fièvre typhoïde. On ne trouve aucun stigmate de syphilis. Réaction de Bordet-Wassermann négative. Le malade déclare d'ailleurs n'avoir jamais eu de chancre.

Les accidents pour lesquels il vient consulter remontent à dix jours. A ce moment il a vu apparaître, sans jamais avoir présenté ni température, ni douleur, un gonflement du bras droit qui augmente de jour en jour.

Effectivement, à l'examen, le membre supérieur droit, dans son entier, est le siège d'un œdème considérable, œdème dur qui soulève le moignon de l'épaule. La peau est marbrée, parcourue de fines varicosités. Au niveau de l'aisselle et sur l'hémothorax droit et la base du cou, il existe une circulation veineuse collatérale extrêmement accusée. Les doigts forment de véritables boudins. La main est plus froide que celle du côté opposé.

Depuis ces derniers jours, le membre est lourd et douloureux. Le malade a des fourmillements qui l'empêchent de dormir.

L'examen du cœur révèle un léger souffle systolique de la pointe. La radioscopie du thorax a été pratiquée pour éliminer toute cause de compression intrathoracique. Elle n'a rien révélé, non plus que la radiographie du squelette. La tension artérielle prise sur le bras malade est plus élevée que du côté sain en raison de la gêne apportée à la circulation de retour.

Le diagnostic de thrombose de la veine axillaire s'impose. Il n'y a eu aucun traumatisme direct sur la région. Le malade dit seulement avoir été soumis à des efforts violents, particulièrement dans les derniers temps.

C'est à ces efforts que l'ouvrier et son patron attribuent la production des accidents constatés. J'enregistre simplement cette constatation.

Nous conseillons au malade de rester étendu, de pratiquer une légère compression sur la main, l'avant-bras et le bras, et d'appliquer sur la région de l'aisselle de vastes enveloppements humides et chauds à renouveler aussi fréquemment que possible.

Le 2 novembre, le malade revient à la consultation. Il a passé une mauvaise nuit. Son bras a encore augmenté de volume depuis la veille. Il est véritablement énorme. Aussi le patient est-il incommodé par la pesanteur du membre qui est le siège de fourmillements et de douleurs intolérables. On lui conseille de continuer encore le traitement médical, mais, dès

ce jour, on est décidé à intervenir chirurgicalement si les phénomènes ne s'amendent pas.

Le 3 novembre, la situation s'est notablement aggravée. Le membre supérieur droit et le moignon de l'épaule sont véritablement monstrueux. La pesanteur, les fourmillements et les douleurs sont tellement intolérables que le malade demande lui-même qu'on l'opère pour le faire sortir d'une situation qu'il ne peut plus supporter.

Intervention le 3 novembre 1925. — Opérateur : Louis Bazy. Aide : G. Lataix. Anesthésie locale à la novocaïne à 1 pour 200.

Incision de la ligature des vaisseaux dans le creux axillaire. On traverse des tissus qui semblent absolument avoir été le siège d'un hématome ancien. Le tissu cellulaire sous-cutané présente la coloration résiné que l'on observe dans les tissus contus.

On arrive sur la veine axillaire dont la gaine est infiltrée. Elle se présente sous forme d'un cordon dur et très volumineux comme un vaisseau injecté. On peut découvrir quelques-unes de ses collatérales qui sont tendues très fortement et dans lesquelles il ne semble pas y avoir de circulation.

Au point où la veine est la plus dure et la plus tendue, on pratique au bistouri une courte incision de un centimètre environ parallèle au grand axe du vaisseau. Un caillot noirâtre et non organisé s'en échappe. Compriment le bout proximal de la veine avec le doigt, on exprime, en allant de l'extrémité du membre vers sa racine, le bout distal de la veine, jusqu'à ce que l'on voit du sang veineux, bien liquide, gicler avec force par l'orifice de la phlébotomie. On comprime alors le bout distal et l'on exprime de même le bout proximal, mais en venue souple. On s'assure de sa perméabilité en explorant avec une sonde de Nélaton son bout central et en supprimant la compression du bout périphérique qui laisse le sang s'écouler librement.

Reprenant la compression de la veine, on tente alors la suture de l'orifice de la phlébotomie. La plaie, qui avait été garnie de compresses enduites d'huile de paraffine, est remplie de cette même huile. Dans l'angle inférieur de la plaie veineuse on passe d'abord, avec une très fine aiguille à suture vasculaire, un premier fil en X de soie floche très fine. On fait

de même dans l'angle supérieur. Il ne persiste plus alors dans la veine qu'un tout petit orifice par lequel s'échappe un jet de sang gros comme un fil. Cet orifice est si petit qu'il semble plus simple, au lieu de le fermer par une suture, de le pincer avec une fine pince courbe à vaisseaux et de placer une toute petite ligature latérale à la soie floche. L'hémostase est alors complète. Il semble bien que la veine est notablement diminuée de volume. Elle a, en tout cas, repris complètement sa souplesse.

On ramène sur elle un peu de tissu cellulaire de l'aisselle et on suture la peau aux crins de Florence sans drainage.

L'intervention terminée, il semble que le membre ne présente plus les marbrures constatées avant l'opération et que la circulation collatérale soit moins évidente.

Les caillots et les instruments qui avaient servi à l'exploration de la veine ont été ensemencés en différents milieux, liquides et solides, aérobies et anaérobies. Tous les tubes de cultures sont restés stériles.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été fort simples. La plaie axillaire s'est réunie par première intention. Le soulagement éprouvé par le malade a été immédiat et les douleurs et les fourmillements si pénibles ressentis par le patient n'ont plus reparus. L'opéré déclare qu'il sent son membre redevenir libre. Le premier des symptômes qui a disparu a été la circulation collatérale. L'œdème s'est résorbé progressivement, par paliers. Très dur et très tendu avant l'intervention, il s'est d'abord ramolli. Alors qu'il ne se laissait pas déprimer par le doigt, il pouvait recevoir l'empreinte du doigt sous forme d'un godet caractéristique. Le moignon de l'épaule s'est d'abord dégagé, puis le bras, l'avant-bras, en dernier le poignet, la main et les doigts. Quarante-huit heures après l'opération, on demande au malade de faciliter la résorption de l'œdème par les mouvements actifs faisant travailler méthodiquement tous les muscles du membre supérieur, par l'hydrothérapie chaude et l'effleurage. Vingt-cinq jours après l'opération, le bras était redevenu à la normale.

La cicatrice axillaire était souple. Il n'existait plus ni œdème, ni circulation collatérale. L'opéré était en état de reprendre son travail, sans diminution de capacité ouvrière.

OBSERVATION XX

(A. Pavlovsky. — Traduction et résumé d'observation.

In *Semana Médica*, Buenos-Aires.)

A... G..., 26 ans, entre à l'hôpital le 21 janvier 1920.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Rougeole il y a huit ans ; la grippe il y a deux ans ; à 24 ans, blennorragie bien soignée ; pas de syphilis ; n'est pas alcoolique.

Le patient pratique des sports violents, tels que : boxe et lutte gréco-romaine.

Histoire de la maladie. — Le matin du 18 janvier, en boxant, il reçut un coup de poing à l'épaule droite et ressentit une légère douleur. Le soir, en tournant la manivelle d'une machine, il eut dans le bras droit la sensation d'une oppression, comme si on lui comprimait le membre avec un bandage élastique, en même temps il constata l'augmentation de volume de son bras. Tout ceci disparut après quelques massages accompagnés de mouvements actifs du membre.

La nuit, voulant faire le même travail, il fut obligé d'y renoncer, son bras ayant augmenté de volume et ressentant la même sensation d'oppression que le soir. Le massage pratiqué n'amena aucune amélioration ; le membre continua à augmenter de volume, devint cyanotique, et la douleur se fit intense.

Le 20 janvier, il se présente à la consultation de l'hôpital où on lui prescrit des pansements chauds et du repos. N'ayant éprouvé aucune amélioration, le malade entre à l'hôpital le 21 janvier.

Examen. — Bon état général ; sujet très bien musclé. Température 38°.

Le membre supérieur droit est le siège d'une tuméfaction généralisée à partir de l'épaule jusqu'à la main ; la peau est cyanosée, surtout au bras ; présence d'un réseau veineux superficiel entre les veines basilique et céphalique ; la palpation du membre donne la sensation de l'œdème ; le creux axillaire, libre dans ses parois externe et postérieure, présente à sa face interne trois petits ganglions du volume d'un haricot, et à sa

partie la plus antérieure et au-dessous du grand pectoral il existe une tuméfaction diffuse, plutôt molle, douloureuse à la palpation et avec crépitation fine. On perçoit très bien les battements de l'artère axillaire; il n'y a pas de souffle ni de thrill.

L'artère humérale n'est pas perceptible au niveau du bras, à cause de l'œdème. Dans le pli du coude, par contre, elle est perceptible quoique moins bien que du côté sain.

Pouls radial normal.

Réaction Bordet-Wassermann négative.

Traitement. — Repos, élévation du bras; après huit jours, le malade allant un peu mieux quitte l'hôpital; chez lui il continue le traitement pendant sept jours et, après, s'occupe de travaux légers. Au bout de quelque temps, il reprend son travail normal, de même que ses sports favoris, ne présentant plus le moindre dérangement.

Le 20 avril, il est revu à l'hôpital et son membre, quoique restant légèrement augmenté de volume et présentant toujours le réseau veineux superficiel, fonctionne normalement.

Voici les mesures des deux membres :

	COTÉ SAIN		COTÉ MALADE (au début)		COTÉ MALADE (guéri)
Épaule.....	44 cm.	.....	50 cm.	.....	45 cm.
Bras.....	34 »	.....	41 »	.....	36 »
Coude.....	28 »	.....	36 »	.....	30 »
Avant-bras.....	28 »	.....	32 »	.....	32 »
Poignet.....	18 »	.....	20 »	.....	18 »

OBSERVATION XXI

(A. Pavlovsky. — Traduction et résumé d'observation.

In *Semana Medica*, Buenos-Aires.)

J... M., commerçant, âgé de 23 ans, entre au Service le 20 février 1920.

Antécédents héréditaires sans importance.

Antécédents personnels. — Sujet ayant toujours été bien portant. Pas de syphilis. Alcoolique modéré. Il y a un an, a eu la grippe.

Maladie actuelle. — Le 7 février, sans traumatisme ni effort, le malade sentit une tuméfaction dans l'aisselle droite le gênant pour faire les mouvements du bras et, deux jours après, en quittant son travail, il remarqua un gonflement du bras accompagné d'une sensation de fourmillement, mais sans douleur.

Etat actuel. — Sujet bien constitué, squelette osseux bien développé, tissu adipeux assez abondant. Température buccale 37°2. Réflexes tendineux et cutanés normaux. La seule lésion que présente le malade est une tuméfaction qui s'étend depuis l'épaule jusqu'à la main, avec prédominance au niveau du creux axillaire. A cet endroit, la peau est d'une coloration franchement rougeâtre et on y constate la présence de petites phlyctènes, le reste du bras ayant une teinte légèrement cyanotique. Présence d'un léger réseau veineux superficiel. La température du côté malade est de 37°2 et, du côté sain, 37°.

Evolution. — Après quinze jours, l'œdème disparaît peu à peu et ne laisse pas de trace. Le malade a été examiné deux mois après sa sortie de l'hôpital et son bras se trouve en très bon état tant physique que fonctionnel.

OBSERVATION XXII

(A. Pavlovsky. — Traduction et résumé d'observation.

In *Semana Médica*, Buenos-Aires.)

J... R., 17 ans, entre à l'hôpital le 21 avril 1920. Profession : boucher.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, en bonne santé. Mère morte d'un cancer du sein.

Antécédents personnels. — Toujours bien portant ; pas de maladies vénériennes.

Histoire de la maladie. — Il y a sept jours, en soulevant un animal (occupation qui lui est cependant familière), le malade ressentit un malaise siègeant au niveau du bras gauche, lequel enfla légèrement et devint par moments douloureux. Interrogé, il nie avoir fait un effort plus considérable qu'habituellement.

Dans l'impossibilité de travailler par suite de l'augmentation de volume de son bras, de même que par la douleur, il entre à l'hôpital. L'état général est bon. Le malade croit avoir eu, au début de sa maladie, un peu de fièvre.

Température : côté droit, 37°1 ; côté gauche, 37°2. Le soir de son entrée à l'hôpital, sa température était de 38°.

Pouls radial isochrone des deux côtés. Pression artérielle : maxima 14, minima 9 des deux côtés (Pachon).

Voici les mesures comparatives des deux bras :

	COTÉ SAIN		COTÉ MALADE (gauche)
Épaule	39 cm.	.....	40,5 cm.
Bras	24 »	.....	31 »
Coude.....	26 »	.....	31 »
Avant-bras.....	24 »	.....	27,5 »
Poignet	18 »	.....	20 »

Réaction Bordet-Wassermann négative.

Temps de coagulation du sang : normal.

Evolution. — L'amélioration a été assez rapide; le malade, au bout de 16 jours, a vu disparaître presque complètement son œdème et son bras a récupéré ses mouvements normaux.

OBSERVATION XXIII

(O. Ivanissevich. — Traduction et résumé d'observation.

In *Semana Médica*, Buenos-Aires.)

M^{me} C. C..., âgée de 30 ans, mariée. Entre à l'hôpital le 2 décembre 1920.

Antécédents héréditaires : sans importance.

Antécédents personnels. — A toujours joui d'une assez bonne santé. Règles normales. A eu sept accouchements dont cinq arrivés à terme et les deux derniers terminés par deux avortements spontanés à deux mois. Depuis quelques mois, pertes abondantes ; souffre de constipation.

Histoire de la maladie. — Début il y a dix jours par une douleur à la partie interne et supérieur du bras droit, surve-

nant après un effort fait en remuant les meubles de sa chambre. La douleur augmente et la malade constate que son bras devient plus gros. Le gonflement envahit l'avant-bras. La malade applique sur son bras des pansements chauds qui, dit-elle, au lieu de la soulager, font accroître la douleur et l'œdème.

Etat actuel. — Bon état général. Pouls régulier, hypotendu, 100 pulsations à la minute. Température au creux axillaire gauche : 37°3 ; au creux axillaire droit (côté malade) : 37°6.

Le bras droit est considérablement augmenté de volume ; la peau étant de coloration rougeâtre.

Au niveau de la partie interne du bras, dans la zone où normalement se trouvent les vaisseaux huméraux, on constate la présence d'un cordon dur, douloureux à la pression, et qui s'étend du bord inférieur du grand pectoral jusqu'au tiers inférieur du bras.

L'étude de la coagulation sanguine a donné, après plusieurs épreuves, une moyenne de 5 minutes ; ce qui démontre une augmentation considérable de la coagulation.

Réaction Bordet-Wassermann négative.

Traitement. — Repos, pansements chauds. Après quinze jours, la température diminue, les douleurs s'atténuent et le bras redevient normal.

La malade ayant été revue au mois d'août 1922, déclare que son bras n'a plus la même force qu'avant la maladie et se plaint de douleurs qui surviennent de temps en temps et l'obligent à laisser le travail qu'elle fait et à se reposer un bon moment avant de pouvoir le reprendre.

OBSERVATION XXIV

(O. Ivanissevich. — Traduction et résumé d'observation.

In *Semana Médica*, Buenos-Aires.)

C... C., 53 ans, boulanger. Entre à l'hôpital le 6 décembre 1921.

Antécédents héréditaires et personnels sans importance.

Histoire de la maladie. — Il y a huit jours, à la suite d'un

petit effort (en jouant aux boules), il ressentit une vive douleur à la partie antérieure du creux axillaire droit. Cette douleur disparut aussitôt, laissant à sa place une sensation de pesant dans le bras. Peu à peu celui-ci augmenta de volume. Le lendemain, en plus du gonflement du bras, il se produisit au niveau de son tiers supérieur des taches ecchymotiques. Le malade resta ainsi pendant huit jours et, n'éprouvant pas d'amélioration, vint à l'hôpital.

Etat actuel. — Etat général très bon, bien musclé. Cœur et poumon normaux. Pouls régulier : 80 par minute. Tout le membre supérieur droit est augmenté de volume et l'on constate une ecchymose dans le tiers supérieur du bras. L'exploration du bras ne révèle aucune douleur.

Voici les mesures comparées des deux bras :

	COTÉ DROIT (malade)		COTÉ GAUCHE
Bras, tiers supérieur....	38 cm.	.....	33 cm.
Bras, tiers inférieur....	33 »	.....	28 »
Avant-bras	35 1/2	.....	29 »
Poignet	21 »	.....	19 »

Réaction Bordet-Wassermann négative.

Traitement. — Repos, application de teinture d'iode. Au bout de 15 jours, le malade voit disparaître complètement l'œdème et ressent seulement une légère gêne fonctionnelle.

Un mois après, tout rentre dans l'ordre et la force musculaire redevient parfaite.

Membre inférieur.

OBSERVATION XXV

(Mocquot. — In *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris.*)

Le 18 mai 1916, à 16 heures, on amenait à l'ambulance un homme de 25 ans qui, le matin à 5 heures, après s'être habillé et fait une cinquantaine de mètres, avait été pris brusquement

d'une douleur violente, allant de la hanche au pied. Cloué sur place par la souffrance, il dut s'asseoir, puis, au bout de quelques instants, il put se relever et revenir à son cantonnement. La douleur, dit-il, ressemblait à une crampe. Au bout d'un quart d'heure, la jambe était déjà violette.

Cet homme, de bonne santé habituelle, avait été blessé en septembre 1914 d'une balle qui lui avait perforé le thorax, mais il ne se ressentait plus de sa blessure. Il n'avait pas eu la syphilis.

Une quinzaine de jours auparavant, il avait eu pendant cinq jours de la fièvre, avec malaise général, température jusqu'à 38°5; céphalée; il fut exempté de service, mais depuis il ne ressentait aucun trouble dans le membre inférieur gauche. Cependant, dans ces derniers jours, il se plaignait de sensations de courbature dans la région lombaire, surtout à gauche et dans la hanche gauche.

Au premier examen, je fus tout d'abord frappé par l'aspect de la jambe gauche, augmentée de volume, tendue, violacée et froide sur toute son étendue, mais surtout au niveau du pied et de la partie inférieure de la jambe.

Il n'y avait pas seulement une coloration violacée générale de tout le membre, mais il y avait, de plus, à la jambe, du purpura, sous forme de petites taches distinctes à la face antérieure, des larges placards confluent à la face postérieure.

Tout le membre inférieur gauche était augmenté de volume; pourtant on ne provoquait pas par la pression le godet de l'œdème. La palpation donnait partout une sensation de dureté, de tension, comme celle que donnent des muscles contracturés.

La veine saphène interne était nettement visible dans toute son étendue et les veines superficielles étaient anormalement dilatées à la partie supérieure de la cuisse, près de l'arcade crurale.

On percevait les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure; la fémorale, au triangle de Scarpa, semblait battre moins fort qu'à droite, mais l'appréciation était délicate, à cause de l'empâtement du membre.

Au stéthoscope, on percevait le même souffle à droite et à

gauche. Les mouvements étaient possibles, mais pénibles; les réflexes achilléen et rotulien normaux.

La hanche et la fesse ne présentaient rien d'anormal. Dans la fosse iliaque gauche, on ne sentait rien ; mais le malade accusait à ce niveau une douleur continue.

La température était à 38° et le pouls à 105.

Le lendemain matin, le malade se plaignait d'avoir eu pendant la nuit de vives douleurs dans le mollet et le creux du jarret, douleurs continuelles, analogues à des crampes ; il ressentit, en outre, une légère douleur dans la fosse iliaque interne.

Le membre inférieur gauche était maintenant un peu plus chaud que le droit ; la teinte violacée et le purpura n'étaient pas modifiés, mais la pression provoquait un léger godet d'œdème sur la face interne du tibia.

La saphène interne était souple à la jambe et à la partie inférieure de la cuisse, mais elle était indurée et non dépressible dans le tiers supérieur de la cuisse. Température 37°. Pouls 72.

Le 20 mai, le malade avait encore de vives douleurs pendant la nuit; il souffrait au pli de l'aîne; la thrombose de la saphène avait augmenté, la veine était dure jusqu'au milieu de la cuisse et la peau rouge sur son trajet.

Le genou était le siège d'une hydarthrose assez considérable. Il y avait toujours un léger godet d'œdème.

Les jours suivants, les troubles régressèrent peu à peu, la coloration violacée et le purpura disparurent ; les douleurs diminuèrent; l'hydarthrose et l'œdème s'atténuaient plus lentement.

Lorsque nous quittâmes ce malade le 14 juin, l'aspect du membre était à peu près normal; au mois de juillet, cet homme écrivait qu'il allait bien.

OBSERVATION XXVI

(Mocquot. — In *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris.*)

B. F..., du 4^e régiment d'infanterie, fut amené à l'Auto Chirurgicale le 29 août 1917, à 23 heures, pour une contusion de

l'abdomen ; à 15 heures, il avait été heurté violemment par l'avant-train d'une cuisine roulante qui s'était renversée sur lui.

Il était pâle et souffrait vivement dans la moitié gauche du ventre ; à ce niveau, la sensibilité était très vive et la paroi se défendait au moindre contact ; mais, ailleurs, elle se laissait déprimer. Le pouls était à 100, bien frappé.

Le blessé fut suivi de très près mais les signes s'amendèrent rapidement ; bientôt on reprit l'alimentation et il paraissait guéri lorsque, le 11 septembre, vers deux heures, il fut pris tout-à-coup de douleurs d'une extrême violence, généralisées à tout le ventre, irradiant dans le membre supérieur gauche.

Elles diminuèrent un peu au bout d'une heure, mais à mesure que les douleurs s'atténuèrent la cuisse et la jambe gauche devenaient de plus en plus sensibles, lourdes et impotentes ; un gonflement énorme s'y développait rapidement. Quelques instants après, nous constatons une augmentation de volume considérable du membre inférieur gauche qui avait un aspect éléphantiasique. Le pied et la jambe étaient violacés et refroidis, le mollet était distendu, très dur, très douloureux à la pression.

Le blessé était incapable de remuer la jambe et la moindre tentative de mobilisation provoquée était douloureuse.

Les veines superficielles du pied et de la jambe n'étaient pas visibles, mais en haut la saphène interne, au voisinage de sa crosse, présentait une dilatation très apparente.

Les veines sous-cutanées abdominales étaient anormalement dilatées à gauche et nettement visibles.

On sentait l'artère fémorale sous l'arcade crurale, mais les battements de la tibiale postérieure et de la pédieuse étaient impossibles à percevoir.

La palpation de la fosse iliaque gauche éveillait une légère douleur et donnait la sensation obscure d'une tuméfaction profonde.

Il n'y avait aucun trouble général, pas de modification du pouls ni de la température.

Cet homme n'avait aucun antécédent morbide, il n'avait pas eu la syphilis.

L'évolution fut très simple, mais très lente. En une dizaine

de jours, les douleurs disparurent, ainsi que la teinte violacée des téguments. Mais l'œdème persista longtemps sans modification appréciable.

Nous pûmes suivre ce blessé pendant plusieurs mois ; au bout de trois mois, l'œdème du membre inférieur, après avoir présenté une diminution progressive et régulière, restait stationnaire ; les douleurs avaient disparu ; les mouvements étaient devenus faciles, mais la marche restait pénible, la jambe était lourde, l'œdème augmentait et parfois la cyanose du pied reparaissait.

Le blessé fut évacué le 29 janvier 1918, conservant encore un peu d'œdème chronique, d'ailleurs peu gênant ; depuis, il nous a fait tenir de ses nouvelles qui ont toujours été bonnes.

OBSERVATION XXVII (Résumée.)

(Cas de Schrotter. — *In* thèse Pellot.)

Peintre, 42 ans, toujours bien portant jusque-là. Sans cause apparente, peut-être un effort du bras au cours de ses occupations habituelles, le membre supérieur droit augmenta brusquement de volume ; la peau devient violacée ; il survint des troubles de la sensibilité ; l'état paraissait tellement grave que Billroth parla d'amputation ; cependant le bras diminua progressivement de volume, mais sur tout le bras droit et la poitrine apparurent des veines superficielles très dilatées, un lacs de veines grosses comme des crayons sur les faces interne et antérieure du bras.

Des vaisseaux sillonnaient la face antérieure de l'aisselle et du tronc et formaient devant le sternum un réseau qui augmentait à chaque accès de toux.

Le malade accusait des troubles de la sensibilité au niveau de la main.

Schrotter conclut que, en raison des causes qui ne peuvent être invoquées, la thrombose a pu survenir à la suite d'une lésion minime, peut-être à la suite d'une tension particulière de la paroi veineuse au cours d'un effort musculaire.

OBSERVATION XXVIII

(Heinecke. — *In* thèse Pellot.)

Il s'agit d'un travailleur âgé de 27 ans (mouleur). Au cours de son travail cet homme, qui jusque-là avait été bien portant, éprouve brusquement des douleurs dans le bras droit; en même temps survient l'œdème.

A l'examen, on trouve de l'œdème et une cyanose de tout le bras droit remontant jusqu'au creux axillaire.

La coloration tranche au niveau de l'insertion inférieure du muscle deltoïdien avec le reste du bras resté sain.

La région de l'épaule et du tronc n'est pas œdématiée. Les veines superficielles ne sont pas dilatées d'une façon appréciable, la veine axillaire apparaît nettement comme un cordon douloureux.

Après le repos et la position haute, l'œdème et la cyanose diminuent rapidement. Au bout de quinze jours, le malade peut être considéré comme guéri. Il n'y eut ni examen ultérieur, ni demande d'indemnité car le malade se tint pour guéri.

OBSERVATION XXIX (Résumée.)

(Heinecke. — *In* thèse Pellot.)

Il s'agit d'un homme de 30 ans (cuisinier). Depuis la Noël 1906, il éprouve une sensation de tension dans le bras droit. Celui-ci a augmenté après efforts : la peau devient bleuâtre après un long travail; à cause des douleurs, il dut plusieurs jours s'arrêter de travailler.

Au début d'avril 1907, après un effort en hachant de la viande, survint brusquement un œdème de tout le bras, de l'épaule et de la moitié correspondante du tronc : les téguments du bras droit jusqu'au creux axillaire deviennent violacés et froids; le pouls des radiales est normal. Les veines superficielles du tronc sont, à droite, très dilatées; dans quelques veines dilatées, on sent nettement des caillots; la veine axillaire est douloureuse à la pression; la mobilité de la main est fortement diminuée, l'examen des organes internes les montre comme parfaitement normaux.

Evolution. — Par le repos au lit et la suspension, l'œdème diminue rapidement ; les douleurs et la faiblesse subsistent. Le 27 mai 1907, le malade, sur sa demande, sort de l'hôpital. Revu en mars 1911, le malade se donne comme incapable de travailler ; il réclame une indemnité pour invalidité et il est toujours en traitement. A chaque travail le bras devient œdématisé et les veines superficielles apparaissent encore en lacis énormes.

A l'examen on trouve le bras normal, sauf le long du sillon bicipital interne où une veine est dilatée, de même qu'au tronc ; les muscles du bras sont atrophiés ; en dehors de sa neurasthénie, le malade est parfaitement sain.

OBSERVATION XXX (Résumée.)

(Heinecke. — *In* thèse Pellot.)

Homme de 40 ans est renversé, le 27 juillet 1909, par une voiture. Fracture de la clavicule. Guérit avec déformation. Le 20 septembre 1909, le malade reprend son travail avec quelque gêne et douleurs modérées à l'endroit de la fracture.

Le 9 octobre, après un effort en soulevant un fardeau avec le bras droit, survint brusquement un œdème considérable de tout le bras ; celui-ci était comme paralysé. De l'épaule au coude le malade accusait de très vives douleurs.

A l'examen, le 10 novembre, présente un œdème de tout le bras droit s'étendant sur le côté droit du tronc jusqu'à la ligne médiane. La main et le bras sont violacés et froids, le pouls radial est normal. Les veines superficielles du bras et du tronc sont dilatées ; les vaisseaux de l'aisselle sont douloureux au toucher, mais sans induration manifeste.

Evolution. — Par le repos et la position haute, l'œdème du bras disparaît progressivement, mais réapparaît avec les mouvements violents.

Le 16 février 1910, il existe encore de l'œdème, et celui-ci augmente dans la journée. Le bras droit est plus fort (2 centimètres) que le gauche. Rien à l'épaule ni au tronc. Les veines

superficielles sont toujours apparentes. La mobilité de l'épaule est encore gênée un peu ; coude normal. La flexion des doigts est entravée, et celle du poignet est imparfaite. Indemnité 50 %.

Mai 1910. — L'œdème a complètement disparu ; les muscles du bras sont légèrement mous ; la main, l'épaule, sont libres dans leurs mouvements. On réduit l'incapacité de travail à 20 %.

Octobre 1910. — Le malade est guéri et reprend son travail.

OBSERVATION XXXI (Résumée.)

(Schepelmann. — *In* thèse Pellot.)

Il s'agit d'un homme de 22 ans qui a eu vingt-deux attaques de rhumatisme. Légère insuffisance mitrale. Bradycardie ; en tirant sur les rênes d'un cheval fougueux, le malade fit un effort de son bras gauche et remarqua une tuméfaction remon-
tant jusqu'à l'épaule.

Le bras gauche et le côté gauche sont augmentés de volume ; les veines superficielles du bras, de la poitrine et du cou sont dilatées ; on sent dans l'aisselle gauche un cordon épais. Température : 38°2.

Le malade se plaint d'une sensation de gêne sourde dans le bras. L'examen radiographique du squelette, l'examen du sang ne donnent rien ; pulsations : 40 à 50. Souffle à la pointe au premier temps.

Comme on soupçonne un processus infectieux, l'aisselle est mise à nu et on trouve un cordon gros comme le pouce tout le long du sillon bicipital interne.

La paroi du cordon était, par endroits, très mince, et le contour violacé ; on fit à cet endroit, avec une pince émoussée, un trou dans la veine ; on retire un caillot aseptique. Trois semaines après, embolies, d'ailleurs insignifiantes.

OBSERVATION XXXII (Résumée.)

(Rosenthal. — *In* thèse Pellot.)

Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans, bien portante.

Le 10 septembre 1911, elle avait battu des vêtements sans avoir apporté à cet acte un effort inaccoutumé. Quelques jours après survinrent des douleurs et de la faiblesse du membre supérieur droit qui était comme lourd, comme paralysé.

La main droite et tout le bras prirent une coloration violacée et augmentèrent de volume jusqu'à l'épaule. Le médecin, appelé, ordonne de l'aspirine et des bains de vapeur, qui améliorèrent l'impotence du bras. Les douleurs s'irradient jusque dans le dos.

Le 25 septembre 1911, la malade apparaît bien portante et forte : température normale, pouls radial égal des deux côtés.

Le bras et l'épaule sont livides, fortement enflés et froids. Bras droit : 28 centimètres de périmètre ; bras gauche : 25. La peau est marbrée de traînées bleuâtres. Les veines de la main et du bras dilatées. Les mouvements augmentent les douleurs. Dans l'aisselle droite, la veine est épaissie et très douloureuse.

Pas de troubles de la sensibilité; la force de tout le membre est diminuée. Examen du sang : normal.

Diagnostic. — Thrombose post-traumatique des veines axillaire et sous-clavières.

Traitement. — Repos et suspension momentanée du bras. Puis, on institua le traitement à l'air chaud. Quinze jours après, on fit des massages légers et quelques mouvements. Amélioration lente.

En décembre 1911, la main droite était toujours violacée et enflée; cette coloration et tuméfaction ne remontent que jusqu'au coude ; l'amélioration continue et, le 1^{er} janvier 1912, la malade veut reprendre son travail. La capacité de travail était encore réduite de 50 %.

OBSERVATION XXXIII (Résumée.)

(Rosenthal. — *In* thèse Pellot.)

Anne Let, 11 ans. Dans son enfance, rougeole. Jusqu'au mois de juillet 1911, l'enfant, qui ne s'était jamais plaint et à laquelle la mère n'avait rien remarqué, s'aperçut qu'elle avait subitement « attrapé un bras lourd » (intraduisible en français). L'enfant avait joué à la balle sans avoir, à cette occasion, fait avec le bras un effort spécial.

La main droite, le bras et l'épaule augmentent de volume au cours de la journée et deviennent violacés : les veines apparaissent, sur le tronc, du même côté; l'enfant se plaint d'une sensation de fatigue; elle n'a pas à proprement parler de douleurs; le médecin constate une phlébite et ordonne la suspension ; l'amélioration se fit progressivement.

Examen du 19 février 1912. — Jeune fille bien portante et forte ; dans la région axillaire gauche, quelques ganglions légèrement augmentés de volume. Tout le membre supérieur droit, jusqu'à l'épaule, est livide et enflé. La peau est marbrée; la circonférence du milieu de l'avant-bras est de 21 centimètres et demi contre 19 à droite ; sur le côté droit du tronc apparaît un réseau veineux sous-cutané modérément rempli; la partie interne du bras est douloureuse à la pression.

Le pouls radial est synchrone; température : 36°5 ; cœur et poumons normaux ; gêne des mouvements minimes ; pas de douleurs aux mouvements ; cependant la cyanose et la tuméfaction augmentent nettement.

Examen du sang : normal.

Diagnostic : *thrombose de la veine sous-clavière droite* après traumatisme indirect.

Revue le 27 mars 1912. Température : 36°5. Légère angine. L'état des bras n'a presque pas changé; les mouvements sont libres.

OBSERVATION XXXIV

(Mouchet. — *In* thèse Pellot.)

Un homme de 30 ans, très vigoureux, entre à l'hôpital Necker pour œdème considérable de tout le membre supérieur droit.

Cet homme, occupé dans une maison de pianos, raconte que, en soulevant un piano très lourd, il a ressenti une douleur très vive dans l'épaule droite qui l'obligea à cesser son travail.

Peu de jours après, le membre supérieur avait considérablement augmenté de volume ; il existait, principalement au niveau du bras, de l'aisselle et de la région deltoïdienne, une circulation veineuse sous-cutanée considérable et très sinueuse. Le malade se plaint de tout le membre qu'il dit sentir très lourd et engourdi ; les mouvements sont conservés mais lents, paresseux et entraînant rapidement de la fatigue.

On ne sentait chez lui aucune induration des veines profondes ; il n'y avait pas d'adénite.

Aucune trace de maladie infectieuse antérieure à l'affection.

Le malade, amélioré par la compression, quitte l'hôpital au bout de 25 jours ; il n'a pas été revu.



OBSERVATION XXXV (Résumée.)

(Rochard. — *In* thèse Pellot.)

M. X..., 54 ans, a toujours joui d'une bonne santé ; il se présente chez M. Rochard pour un œdème intéressant la totalité du membre supérieur droit. L'affection a débuté lentement et l'œdème est le seul symptôme qui ait caractérisé cette période. L'œdème a commencé par le bras, puis a gagné l'avant-bras et la main, envahissant en même temps la région sous-pectorale, deltoïdienne et axillaire et la face postérieure du moignon de l'épaule.

Cet œdème, d'une coloration blanc-rosé, est dur et sillonné au niveau du bras, de l'aisselle et de la région pectorale, d'un réseau veineux superficiel dilaté.

A la palpation superficielle, pas de douleur excepté à la pression forte.

En dehors de cela, pas de souffrance. Tous les mouvements sont possibles, gênés toutefois par l'œdème.

La température du membre est la même que celle du côté opposé. Etat général bon. Pas d'antécédents. Pas de syphilis.

Malgré le traitement (repos et compression), l'affection reste stationnaire pendant un mois; puis, progressivement, l'œdème disparaît en commençant par la main, pour se terminer après deux mois. Depuis trois ans le malade n'a plus jamais rien présenté d'analogue.

OBSERVATION XXXVI (Résumée.)

(*In* thèse Pellot.)

G..., 21 ans, tubiste. Œdème du membre supérieur droit sans cause apparente. A commencé par l'avant-bras pour gagner le poignet et la main d'une part, et d'autre part le bras, la région axillaire, pectorale et deltoïdienne.

En trois jours l'œdème a atteint son maximum. Peau rose, violacée; circulation veineuse intense. Douleur à la pression du sommet de l'aisselle. Pas de fièvre. Urines normales. Pas de syphilis. Pas de maladie infectieuse.

Un traitement compressif est institué. Vingt-cinq jours après le premier examen, le membre est redevenu normal.

OBSERVATION XXXVII (Résumée.)

(Mouchet. — *In* thèse Pellot.)

Homme âgé de 24 ans et demi, grand et musclé, mécanicien. Appelé par son travail à manœuvrer des pièces de 2.000 et 3.000 kilos.

Le 12 mai 1913, à son réveil, sent sa main engourdie et s'aperçoit que sa main et son bras sont enflés.

Le 13 mai, il travailla toute la journée sans que son œdème le gêne. Il travailla le 14 mai. Le 15 mai, il se présente à l'hôpital. L'œdème commence à la racine des doigts, envahit le membre supérieur droit, gagne le thorax. Les téguments sont cyanosés. La veine axillaire est indurée, pas de douleur,

pas de fièvre, pas de réactions générales. Antécédents nuls ; aucune infection récente ou ancienne ; aucun traumatisme. Examen du sang normal. Bordet-Wassermann positif.

Faut-il faire entrer la syphilis dans la genèse de cette affection ?

OBSERVATION XXXVIII

(*In thèse Pellot.*)

Fermier, âgé de 57 ans ; avait toujours été bien portant. En 1864, œdème de l'abdomen et des jambes pendant plusieurs semaines. Après que cet état eut disparu, il ne subsista qu'une légère faiblesse jusqu'en 1886, époque à laquelle il eut une attaque de broncho-pneumonie. Il fut très malade ; toutefois il se rétablit bien.

Dans la dernière semaine d'août 1870, une charge tomba sur sa cuisse droite, juste au-dessus du genou, de telle sorte que sa jambe fut immobilisée.

Le 1^{er} septembre, quelques jours après l'accident, la cuisse droite présentait une légère tuméfaction à sa partie interne (tiers inférieur), molle à la pression et douloureuse. Repos et lotions froides furent ordonnés, mais la douleur persista et la jambe commença à se tuméfier. Le 15 septembre, vomissements qui durèrent plusieurs jours ; la cuisse droite continua de se tuméfier ; la peau en était tendue et brillante ; l'autre jambe commençait à s'œdématier ; puis l'œdème s'étendit en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate et en avant à la paroi abdominale au début de novembre.

OBSERVATION XXXIX (Résumée.)

(Cas de Schrotter. — *In thèse Pellot.*)

Chez un homme fort de 35 ans, après un faux-pas, survint une augmentation de volume progressive du membre inférieur droit.

Un réseau veineux se développe jusque sur le côté droit et bientôt sur le côté gauche de l'abdomen ; le caillot de la veine

cave s'étend manifestement de l'autre côté ; la guérison survient après un repos rigoureux.

Le 27 septembre, il se sent plus mal sans que les symptômes se modifient. Pas d'albumine dans les urines.

Le traitement reste palliatif jusqu'au milieu d'octobre, quand on lui donna pendant quelques jours des pilules mercurielles. Le 31 octobre, on lui donna de la digitaline qui fut continuée pendant trois semaines.

Après, on fit des frictions mercurielles sur sa cuisse. A cette époque (fin novembre), la tuméfaction de l'abdomen, du siège et des jambes diminua et, finalement, disparut graduellement. Quatre mois après l'accident, l'œdème du tronc et des jambes avait disparu ; toutefois, on conserve les pansements élastiques aux jambes, car la tuméfaction reparait de temps en temps.

Actuellement (novembre 1874), il souffre de dyspnée lorsqu'il fait des exercices actifs, de son abdomen lorsqu'il se tient debout, et d'une douleur vive à l'épigastre lorsqu'il se couche sur le dos. Les veines cutanées de l'abdomen sont larges et tortueuses.

Conclusions. — Il peut y avoir un léger doute sur la présence d'un « caillot » des veines fémorale et iliaque et de la veine cave, et sur la disparition de l'obstruction par suite du traitement mercuriel.

OBSERVATION XL

(Cas de Bohn. — *In* thèse Pellot.)

Un jeune homme bien portant fait un faux-pas en descendant d'une échelle et présente un léger épanchement de sang de la face postérieure de la cuisse droite.

Il se forme un caillot de la veine fémorale qui gagne la veine iliaque, la veine cave et le côté gauche ; début de gangrène des deux pieds. Il vient vingt jours après le traumatisme, après avoir présenté de nombreuses embolies pulmonaires.

CONCLUSIONS

La thrombo-phlébite dite spontanée ou par effort est une maladie peu fréquente et étudiée avec précision dans quelques travaux récents.

Les infections chroniques (syphilis) ou subaiguës (grippe) semblent prédisposer à la thrombo-phlébite. Le traumatisme joue alors un rôle localisateur ou révélateur.

L'affection est caractérisée : par de la *gêne*, une *douleur légère*, de la *cyanose*, une *circulation veineuse* collatérale anormale, et par l'*absence* ou la *faible intensité* des signes généraux.

Le *diagnostic* est aisé lorsque l'on se trouve en présence de ce tableau clinique.

Cette affection doit être différenciée de :

L'œdème spinal de Remak ;

L'œdème dû à l'emploi de certains médicaments ;

L'œdème qui se produit dans le tabès, hystéries, goitre exophtalmique, l'épilepsie ;

L'adénite axillaire ;

Un anévrisme de l'artère axillaire ;

Des névromes ;

Des gommes musculaires ;

Des radiculites, particulièrement la dorsalisation des vertèbres cervicales,

ainsi qu'on peut le voir dans le chapitre concernant le diagnostic.

L'affection peut guérir, mais laisse dans quelques cas des douleurs et une gêne fonctionnelle considérable.

L'anatomie pathologique montre des lésions inflammatoires de l'endoveine et, dans quelques cas, a pu déceler la présence de germes dans la veine et dans le caillot.

Le traitement médical s'impose dans cette affection.

Lorsque le traitement médical ne paraît pas améliorer le malade, on aura recours au *traitement chirurgical*. Par *phlébotomie* avec extraction du caillot. Ou mieux *phlébectomie*, dont les résultats se montrent jusqu'ici favorables.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 4 Janvier 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUM. — Die traumatische Venen-thrombose an der overen extremitad. (*Deutsch Méd. Wochensch.*, 22 mai 1913, p. 997).
- BAZY (H.). — Thrombose de la veine axillaire droite (thrombo-phlébite dite par effort). Phlébotomie ; ablation des caillots ; suture de la veine. (*Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir.*, Paris, 1926, lII, 529-533.)
- CADENAT (J.-M.). — Les thrombo-phlébites du membre supérieur. (*Paris médical*, 1920, xxxvi (annexe) 253-259.)
- CHUTRO (P.). — Cas d'œdème aigu du bras. (*Argentina médica*, t. XII, n° 22, 30 mai 1914, 337-341.)
- COMBIER et MURARD. — L'œdème du membre supérieur dans les plaies de poitrine. (*Soc. méd. hôp.*, 7 décembre 1917.)
- GAUTIER (P.). — Les thromboses veineuses par effort du membre supérieur. (*Revue méd. de la Suisse romande*, t. xxxIII, septembre 1913.)
- GRIMAUULT (L.) et DANTLO. — Thrombo-phlébite dite « par effort » de la veine axillaire. (*Bull. et mém. de la Soc. nat. de Chir.*, Paris, 1924, I, 118-121.)
- GUYOT et JEANNENEY. — Thrombo-phlébite dite par effort de la veine axillaire. Examen anatomo-pathologique (SABRAZÈS). *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, Séance du 7 février 1923.
- HEINECKE. — Uber thrombosen an der overen extremitad. (XI^e Congrès Allemand de Chirurgie, 1911.)
- IVANISTEVICH (O.). — Thrombosis por esfuerzo. (*Rev. Assoc. méd. Argent.*, Buenos-Aires, 1922.)
- IVANISTEVICH (O.). — Thrombosis venosa por fesuerzo. (*Semana médica*, Buenos-Aires, 1923, xxx, 738-744.)
- JEANNENEY et MATHEY-CORNAT. — Thrombo-phlébite dite par effort du membre supérieur. (*Journal de Médec. de Bordeaux*, 25 octobre 1924.)

- LANGLET et HUMBERT. — Un cas de thrombose veineuse du membre supérieur droit, dite par effort. (*Union méd. du Nord-Est*, 30 août 1913, p. 172.)
- LÉGÈNE (P.). — Rapport sur un cas de thrombose veineuse traumatique du membre supérieur. (Observation due à M. le D^r FIEVEZ.) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1921.
- LENORMANT. — Les thromboses veineuses par effort. (*Presse Médicale*, 14 septembre 1912, n° 73, p. 761-763.)
- LENORMANT. — Obstruction brusque des veines iliaques. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1919.)
- LOWENSTEIN (P.-S.). — Thrombosis of the axillary vein, en anatomic Study. (*J. Am. M. Ass. Chicago*, 1924, xxxii, 834-837.)
- MURARD (J.). — Phlébite par effort du membre supérieur droit. (*Progrès Médical*, Paris 1918, t. xxxiii, p. 186.)
- PAVLOVSKY (A.). — Edema agudo o sub-agudo del brazo. (Thrombosis venosa por esfuerzo.) *Semana médica*, 1921, xxviii, 317-332.
- PELLOT (J.). — Les thromboses veineuses du membre supérieur droit, dites phlébites par effort. (Thèse Paris, 1913.)
- PELLOT (J.). — Un cas de thrombose veineuse du membre supérieur droit (phlébite par effort). R. M. C. IV^e armée, 22 septembre 1916, in *Press. méd.*, 20 novembre 1916, n° 64, p. 523.
- POTHERAT. — Sur l'œdème sub-aiguë du membre supérieur. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1913.)
- ROCHARD. — Sur l'œdème sub-aiguë du membre supérieur. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 18 juin 1913.)
- ROSENTHAL. — Ueber thrombose an der oberen extremität nach Austrengungen. (*Deutsche Zeit. f. Chir.*, 1912, t. cxxvii, p. 405.)
- SCHROTTER (VON). — Krankheiten der Gefasse, in Nothnagel's Haudbuch der Pathologie und Therapie, t. xv, 1884.
- VOSSENAAR (A.-H.). — Thrombose der vena axillaris. (*Nederl. Tijdschr. v. Geneerk.*, Amst. 1913, 1, 213-219.)
- WILLAN (R.-J.). — Three cases of axillary vein obstruction. (*Edinb. méd. Journ.*, 1918, t. xx, p. 105-110.)

